

Thomas Spranz-Fogasy

## **Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch**

### **1. Einleitung**

Gespräche zwischen Arzt und Patient sind vertraulich und deshalb in hohem Maße – und dies sogar mit eigener rechtlicher Sicherung – vor dem Einblick durch Außenstehende geschützt.<sup>1</sup> Sie handeln von individuell erlebten und erlittenen Erfahrungen körperlichen Versagens, der Schädigung, des Leids und der Einschränkung bis hin zur existenziellen Bedrohung.

Das Wissen über und das Erleben von Beschwerden und Krankheiten ist zwischen den Beteiligten sehr unterschiedlich, es ist daher erforderlich, die Beschwerden zu kommunizieren und zu explorieren. Jeder Patient bringt dabei seine persönliche Betroffenheit und seine eigene, individuelle Geschichte in das Gespräch mit ein, und es ist deshalb notwendig, dass der Arzt besondere Verstehensanstrengungen leistet, um der spezifischen Problematik jedes Patienten gerecht zu werden.

Prozesse des Verstehens vollziehen sich jedoch in Gesprächen nicht nur still „in den Köpfen“ der Beteiligten, sondern bedürfen auch des gegenseitigen Aufzeigens und der gemeinsamen Abstimmung durch verbale (und natürlich auch andere symbolische) Ausdrucksmittel. Doch dabei sind es nicht nur semantische Aspekte der Ausdruckswahl und der Proposition, die bei gegenseitigem Verstehen und seiner Organisation eine Rolle spielen. Auch die sequenzielle Organisation des Geschehens und interaktionstypologische Merkmale unterstützen und sichern die Bemühungen der Beteiligten um die Herausbildung von Intersubjektivität, soweit sie für die gemeinsamen oder individuellen Handlungsziele von Bedeutung sind. Darüber hinaus besitzen auch sozialstrukturelle Eigenschaften der Situation und der Beteiligten, wie hier vor allem die Rolle des Arztes im Gespräch, in „seiner“ Praxis oder auch

---

<sup>1</sup> Gerade deshalb danke ich den beteiligten Ärzt(inn)en und Patient(inn)en besonders für die Erlaubnis zur Aufzeichnung und Auswertung ihrer Gespräche und versuche, alle Sorgfalt walten zu lassen. Falls dennoch ein Leser glaubt, Rückschlüsse auf die beteiligten Personen ziehen zu können, möchte ich ihn darum bitten, diese für sich zu behalten – für die hier vorgenommenen Untersuchungen spielt die Identität der Personen auch keine Rolle.

in der Gesellschaft überhaupt, als externe Einflussgrößen produktive, aber auch kontraproduktive Potenziale des Verstehens, Missverstehens und Nichtverstehens.<sup>2</sup>

In dieser Arbeit geht es insbesondere um die Beiträge der sequenziellen und interaktionstypologischen Organisation in ärztlichen Gesprächen mit Patienten zur Dokumentation von und Vorsorge für gegenseitiges Verstehen und die damit verbundene Herstellung gemeinsamer Handlungsgrundlagen. Sequenzialität und Interaktionstypik werden als Verstehensressourcen betrachtet und zu rekonstruieren gesucht. Zunächst werden dazu in ethnografischer Zugangsweise verstehensorganisatorische Aspekte der Bedeutung und Funktion ärztlicher Gespräche in der Gesellschaft, im institutionellen und situativen Zusammenhang und in ihren handlungsstrukturellen Eigenschaften untersucht (Kap. 2).<sup>3</sup> Die nachfolgenden beiden Kapitel befassen sich mit zwei häufig vorkommenden komplementären interaktiven Handlungen im Rahmen der gemeinsamen Beschwerdenexploration im Arzt-Patient-Gespräch: ärztliche Fragen (Kap. 3) und Antworten der Patienten (Kap. 4). Der besondere Fokus dieser Untersuchung liegt hier auf den expliziten und impliziten Beiträgen dieser Aktivitätstypen zur Organisation des Verstehens; rekonstruiert werden dabei zwei markante Praktiken der Dokumentation von Verstehen, die *explikative* ärztliche (*Deklarativsatz-*)*Frage* und die *antizipative Reaktion* in Antworten von Patienten auf ärztliche Fragen.

## 2.        **Ärztliche Gespräche als kommunikatives Zentrum des Gesundheitswesens**

Gesundheit und Krankheit sind zentrale Themen moderner Gesellschaften, die Rede ist gar von der „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2006). Gesundheit ist ein hochwertiges individuelles und soziales Gut, für deren Erhaltung und Wiederherstellung die Gesellschaft ein komplexes, hochdifferenziertes Funktionssystem bereitstellt. Und auch viele andere Gesellschaftsbereiche wie Wirtschaft, Medien, Recht oder Erziehung sind maßgeblich mit dem Gesundheitsdiskurs befasst: Zeitung und Fernsehen bieten Gesundheitsrubriken, Millionen Internetseiten beschäftigen sich mit Aspekten der Gesundheit und

<sup>2</sup> Zu Aspekten der Verstehensorganisation auf den verschiedenen Strukturebenen siehe für das ärztliche Gespräch auch Deppermann/Spranz-Fogasy (i. Vorb.), Spranz-Fogasy/Lindtner (2009).

<sup>3</sup> Zum ethnographischen Vorgehen und seiner Relevanz für gesprächsanalytische Untersuchungen siehe Deppermann (2000) und Spranz-Fogasy/Deppermann (2001). Zu Aspekten der Gesprächssituation allgemein siehe Deppermann/Spranz-Fogasy (2001).

auch in der Politik und Bildung zählt Gesundheit als wichtiges Erziehungsziel. Auch ökonomisch drückt sich die gesellschaftliche Bedeutung dieser Thematik aus: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden wurden im Jahr 2005 ca. 10,7% des Bruttoinlandsprodukts der Bundesrepublik Deutschland im Gesundheitswesen erwirtschaftet.<sup>4</sup>

Kommunikation spielt im Gesundheitswesen eine besondere Rolle. Mündliche Kommunikation verbindet die Mitglieder unterschiedlicher Gesundheitsberufe und ihre Patienten in Anamnesegesprächen, Visiten, Aufklärungsgesprächen, Dienstübergaben und Teambesprechungen oder auch handlungsbegleitend in Anweisungen am OP-Tisch, Bitten um Mitarbeit bei der körperlichen Untersuchung usw. Zahllose schriftliche Texte sichern die Leistungen von Krankenbetreuungsinstitutionen wie Patientenakten, Arztbriefe, Überweisungen, Rezepte, Krankschreibungen oder Beipackzettel.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient kann dabei als elementare Einheit des Gesundheitswesens (Hart 1998, S. 8) gesehen werden bzw. liegt, wie es Epstein/Campbell/Cohen-Cole (1993) formulierten, im „Herz der Medizin“:<sup>5</sup> Hier werden Beschwerden exploriert und Diagnosen erstellt,<sup>6</sup> hier werden Behandlungspläne entwickelt und entschieden und die relevanten ökonomischen Entscheidungen des Gesundheitswesens getroffen. Hier werden aber auch die psychosozialen Grundlagen für das zukünftige Befolgen von ärztlichen Ratschlägen und für die Kontrollüberzeugung von Patienten hergestellt und damit psychosoziale Grundlagen für Behandlungsergebnisse geschaffen (Stewart 1995). Damit zeigt sich die salutogenetische Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion als „machtvoller Auslöser für Selbstheilungsprozesse“ (Di Blasi/Kleijnen 2003). Darüber hinaus macht die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zu autonomen und stärker selbstbestimmten Bürgern (Gerhards 2001) auch vor einer traditionell paternalistischen Medizin nicht halt und fordert eine stärker mitbestimmende ‘mündige’ Patientenrolle, in der persönliche Beratung und Information durch den Arzt zentrale Bedeutung für das Gelingen der Behandlung erhält (Coulter 2002).

<sup>4</sup> Siehe dazu [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/tabVI8.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/tabVI8.pdf) (Stand: November 2009).

<sup>5</sup> Auch die Anzahl der Gespräche, die ein Arzt im Laufe seines Berufslebens mit Patienten führt, verdeutlicht die Relevanz dieses Interaktionstyps. Lipkin et al. (1995) gehen von ca. 150 000 Gesprächen mit Patienten aus, die damit also den weitaus größten Teil des beruflichen Handelns von Ärzten ausmachen.

<sup>6</sup> In etwa 75% aller Arztgespräche kommt es ausschließlich aufgrund des Gesprächs mit dem Patienten und einigen wenigen zusätzlichen körperlichen Untersuchungen zu korrekten Diagnosestellungen (siehe Hampton et al. 1975).

All dies macht auch bedeutsam, dass Arzt und Patient in ihren persönlichen Begegnungen einander verstehen, dass sie sich wechselseitig aufzeigen, wie ihre Äußerungen verstanden werden sollen und wie sie die Beiträge des Gesprächspartners verstehen.

## **2.1 Sozialstrukturelle Grundlagen ärztlicher Gespräche als Verstehensressourcen**

Wenn Arzt und Patient sich im Gespräch begegnen, geschieht dies bereits unter Voraussetzungen, die nicht nur kommunikative Eigenschaften der Gesprächsteilnehmer betreffen. Sie begegnen sich in der Regel nach Verabredung und in Räumen, die eigens dafür bereitgestellt sind, sie besitzen ein jeweils spezifisches, unterschiedliches krankheitsbezogenes Vorwissen, das für ihr Gespräch bedeutsam ist, und sie wissen – mehr oder weniger –, wie sie ihr Gespräch führen wollen und verbinden damit bestimmte Handlungsziele.<sup>7</sup>

Zu den zentralen Voraussetzungen eines Arzt-Patient-Gesprächs gehört die Rollenverteilung. Arzt und Patient müssen ihre Rollen und die damit verbundenen Asymmetrien hinsichtlich Betroffenheit, Wissen, Interessen oder Interaktionsrechten und -pflichten im Gespräch etablieren und aufrecht erhalten. Dazu tragen auch schon formale, dem Gespräch (zunächst) äußerliche Eigenschaften bei, auf die sich die Gesprächsteilnehmer in und mit ihren Interaktionshandlungen beziehen können. So werden in der Arztpraxis in der Regel vorab Terminvereinbarungen vorgenommen oder es gibt feste Sprechstundenzeiten; hier ist dann schon die Anwesenheit in den Praxisräumen, das proxemische Verhalten und auf Seiten des Arztes auch noch ggf. die Kleidung ein starkes Indiz für die Beteiligungsrollen. Ebenso sind territoriale Rechte wie Zutrittsrechte zu Behandlungsräumen oder die Bewegungsräume darin Hinweise auf die Beteiligungsrollen. Zumeist ist auch an der Sitz- bzw. Platzverteilung der Protagonisten ablesbar, welche Rollen sie einnehmen.<sup>8</sup> Damit

<sup>7</sup> Die folgenden Ausführungen beschränken sich im Wesentlichen auf das Erstgespräch zwischen Arzt und Patient in der niedergelassenen Praxis, da die Vielzahl an Institutionen und Gesprächstypen den Rahmen dieses Beitrags sprengen würde. Ausführliche Beschreibungen der institutionellen Besonderheiten klinischer Gespräche zwischen Arzt und Patient bieten Lalouschek/Menz/Wodak (1990).

<sup>8</sup> Im Unterschied dazu Ripke (1996), der den Patienten die Auswahl eines Sitzplatzes überlässt und dies für seine Eindrucksbildung nutzt. Ripke sieht generell den Patient im Zentrum des Geschehens, was sich für ihn auch in der Reihenfolge im Buchtitel ausdrückt: „Patient und Arzt im Dialog“.

verbunden sind – neben sozialsymbolisch bedeutsamen Unterschieden z.B. der Bestuhlung – oft noch Zugriffsmöglichkeiten und -rechte auf bestimmte Handlungsräume (wie Schreibtisch oder Patientenkartei) oder technische Einrichtungen (wie Telefon- oder Sprechanlage, PC, Untersuchungsgeräte etc.).

All diese Strukturelemente bilden einen komplexen Wahrnehmungsraum aus, in dem interaktive Rechte und Pflichten organisiert sind und aus dem heraus wechselseitige Zuschreibungen von Wissens-, Erfahrungs- und Erlebenszuständen der Gesprächspartner erfolgen, die angepasste Verstehensdokumentationen einerseits und Verstehensanweisungen andererseits möglich und erforderlich machen.

Dies gilt auch für manche gesetzlichen und standesrechtlichen Vorgaben der Approbation und Praxiszulassung. So müssen Sprechzimmer in der Regel optisch und akustisch abgeschlossene Einheiten sein, die eine ungestörte und vertrauliche Interaktion garantieren können, in der eine maximale Fokussierung der Gesprächsteilnehmer aufeinander und damit maximale äußere Verstehensbedingungen möglich sind. Störungen können, wie Cicourel (2004) zeigt, gerade im Kontext medizinischer Kommunikation zu einem ‘overload’ mit problematischen Folgen für das wechselseitige Verstehen führen.<sup>9</sup> Die Sicherung von Vertraulichkeit ist auch Gegenstand einer anderen rechtlichen Vorgabe ärztlichen Handelns, der ärztlichen Schweigepflicht,<sup>10</sup> die per se nur im geschützten räumlichen Rahmen möglich ist,<sup>11</sup> und die ihrerseits in mehreren Hinsichten Auswirkungen auf die Verstehensarbeit von Arzt und Patient besitzt: Sie schafft einen Vertrauensrahmen mit enttabuisierender Funktion, problematische Themen werden dadurch leichter ansprechbar und damit auch leichter verstehbar.<sup>12</sup> Die bisherigen Ausführungen zu einigen äußeren Rahmenbedingungen ärztlicher Gespräche, die eben auch als Verstehensbedin-

<sup>9</sup> Siehe auch Ditz (2005) zu Störungen beim Überbringen schlechter Nachrichten.

<sup>10</sup> § 203 StGB; ausführliche Informationen dazu für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland finden sich unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Verschwiegenheitspflicht> (Stand: November 2009).

<sup>11</sup> Dies wird im Klinikbetrieb aber faktisch häufig missachtet, was gelegentlich dazu führt, dass Mithörer nicht nur vorhanden sind, sondern bestimmte Inhalte auch fälschlich auf sich beziehen, beispielsweise problematische Diagnosen oder Prognosen (siehe Lalouschek/Menz/Wodak 1990; Nowak 2010, S. 33ff.).

<sup>12</sup> Gelegentlich wird der Arzt aber auch durch die Schweigepflicht behindert, bestimmte Sachverhalte dem Patienten mitzuteilen: so im Falle der häufigen Verweigerung einer innerfamiliären Nierentransplantation in den 1970er Jahren aufgrund der labortechnischen Feststellung, dass der angegebene Vater nicht der biologische sein kann – Transplantationspatienten dieser Jahre waren häufig in den Wirren der Kriegs- und Nachkriegsjahre geboren (mündliche Mitteilung Professor Rainer Dietz, Charité-Universitätsmedizin Berlin).

gungen interpretiert werden können, belegen, dass das Arzt-Patient-Gespräch einer erheblichen gesellschaftlichen Vorsorge unterliegt. Die Gründe dafür liegen sicher vor allem in der gesellschaftlichen und ökonomischen Bedeutung, die dem Gesundheitswesen generell zukommt oder auch in medizinethischen Motiven. Die gesellschaftliche Vorsorge wird aber auch verständlich, betrachtet man die – teils sogar dichotomen – Asymmetrien, die einem Arzt-Patient-Gespräch zugrunde liegen und die für die Zwecke des Gesprächs in hinreichender Weise überbrückt werden müssen.

Arzt und Patient unterscheiden sich, sieht man einmal von ‘professionellen’ Patienten<sup>13</sup> ab, zunächst hinsichtlich ihres krankheitsspezifischen Wissens. Der Patient hat eine konkrete individuelle Krankheitserfahrung aufgrund körperlicher Veränderungen, Ausfällen, Einschränkungen oder Schmerzen und, als Laie, ein alltagsweltliches Verständnis seiner Erkrankung und der damit zusammenhängenden Symptome. Der Arzt dagegen hat im Lauf seiner beruflichen Sozialisation eine abstrakte Kenntnis und ein kategoriales Verständnis von Krankheiten und deren Symptomen erworben; er muss daher die alltagsweltlichen Darstellungen in fachliche Kategorien ‘übersetzen’, ohne sie dabei falsch zu interpretieren oder zuzuordnen. Der Patient seinerseits muss seine Anwesenheit qua Darstellung seiner Beschwerden ausreichend legitimieren und dies dem Arzt verständlich machen (Heritage/Robinson 2006a, Heritage 2009).

Die konkreten Krankheitserfahrungen des Patienten sind in der Regel mit Einschränkung, Schmerz und Leid verbunden, die ihn direkt emotional belasten und oft psychische oder soziale, gelegentlich auch ökonomische Folgen haben. Dieser persönlichen Betroffenheit steht die professionelle und professionell-distanzierte Haltung des Arztes gegenüber, für den die subjektiv-emotionalen Aspekte des Krankheitsgeschehens, die der Patient kommuniziert, selbst wiederum Bestandteil seiner kategorialen Verarbeitung sind bzw. sein können.

Differenzen zwischen Arzt und Patient bestehen auch in motivationaler Hinsicht. Während der Patient in erster Linie eine Heilung oder Linderung seiner Beschwerden sucht, bestimmen für den Arzt, neben dem Interesse an profes-

<sup>13</sup> Hierzu zählen neben Patienten, die selbst Ärzte sind, beispielsweise Patienten mit chronischen Erkrankungen, die sich oft lange Zeit und auf einem hohen fachlichen Niveau mit ihrer Krankheit befassen haben. Im Zeitalter der neuen Medien wächst die Zahl von Patienten mit (semi-)professionellem Fachwissen, was durchaus zu Problemen in der Interaktion mit ihren Ärzten führt, die konkurrent handeln oder fehlerhaftes Wissen korrigieren müssen (siehe Lalouschek 2005a).

sioneller Hilfestellung, auch ökonomische Aspekte sein Handeln. Dies führt, gerade bei den gegenwärtig noch sehr niedrig dotierten Abrechnungsziffern für ärztliche Gesprächsleistungen, zu einer Gesprächsführung mit schnellstmöglicher und effektiver Zielführung (Koch/Gehrmann/Sawicki 2007).

Und schließlich ist noch eine weitere Asymmetrie als wichtige (Nicht-)Verstehensvoraussetzung zu benennen: Für Patienten ist das Arzt-Patient-Gespräch nicht nur aufgrund der außergewöhnlichen Krankheitserfahrung ein eher singuläres Ereignis; für den Arzt hingegen stellt das einzelne Gespräch in seinem Berufsalltag ein Routinegeschehen dar. Die Gesprächspartner trennt also auch ihr unterschiedliches Wissen über kommunikative Abläufe und Aufgabenstellungen, wie auch die Kenntnis dahinter liegender bzw. damit verbundener institutioneller Anforderungen, beispielsweise der Dokumentation von Patientendaten und Behandlungsschritten.<sup>14</sup>

Aus diesen Asymmetrien resultieren oftmals Unterschiede der sachlichen Einschätzung, der subjektiven Bewertung und der Handlungsziele, die ein wechselseitiges Verständnis erschweren. Die Divergenzen müssen daher im ärztlichen Gespräch in für die konkreten Handlungszwecke erforderlichem Maße aufgedeckt und bearbeitet werden. Prinzipiell sind solche Divergenzen aber nicht nur als Verstehensbarrieren anzusehen; sie erzeugen Darstellungs- und Explorationsanforderungen, regeln Rechte und Pflichten der Interaktionsdurchführung und ermöglichen Einsichten in das Beschwerdengeschehen durch die Notwendigkeit, die Perspektive und Relevanzen des jeweils Anderen ein- bzw. wahrzunehmen.

Die genannten Asymmetrien verweisen in sozialstruktureller Hinsicht darauf, dass der Arzt in ein umfassendes System eingebunden ist, das auch seine Professionalisierung ermöglicht und lizenziert hat. In einem lang andauernden Ausbildungsprozess hat er Kompetenzen und die Berechtigung erworben, Patienten zu behandeln und im Rahmen dieser Behandlung Gespräche mit Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken zu führen. Ein nicht unerheblicher Teil der Ausbildung ist dabei dem Erwerb kategorialen Wissens und der Fähigkeit, alltagsweltliche Sachverhalte in medizinisch relevanten Kategorien zu verstehen, gewidmet.

<sup>14</sup> Es zeigt sich in vielen Arzt-Patient-Gesprächen, dass schon das Mitschreiben während der Beschwerdenschilderung und die damit verbundene Doppelorientierung das Verstehen erschwert bzw. aufwändigere Verstehensarbeit erforderlich macht. Der zunehmende Einsatz von Computern im Arzt-Patient-Gespräch ist gegenwärtig ein Gegenstand wachsenden Interesses (siehe beispielsweise Greatbatch 2006 (dort auch weiterführende Literatur), Silverman/Kurtz/Draper 2005, Smith/Siebert 2004).



Dabei ist allerdings Gesprächsführung selbst erst in jüngster Zeit systematischer Bestandteil der Ausbildung geworden. Auch wenn in den letzten Jahren mit der Reform der medizinischen Curricula im Studium verstärkt Wert auf den unmittelbaren Praxisbezug gelegt wurde,<sup>15</sup> ist der Aufbau des Studiums zunächst von einer naturwissenschaftlichen Orientierung geprägt, die eine biomedizinische Perspektive priorisiert. Damit verbunden ist eine Präferenz für eine medizinisch-kategoriale Erfassung alltagsweltlicher Sachverhalte, die erst im Lauf der klinischen und der weiteren fachärztlichen Ausbildung sowie im Rahmen des umfangreichen Fortbildungssystems zu einer ganzheitlicheren Sichtweise weiter entwickelt wird bzw. werden kann.<sup>16</sup>

Neben dem fachlichen Wissen erwirbt der Arzt im Laufe seiner beruflichen Sozialisation über Ausbildungsinhalte einerseits und die berufliche Praxis andererseits auch eine umfassende Kenntnis der im Gesundheitssystem vorhandenen institutionellen Zusammenhänge (Klinik, Praxisbetrieb, Krankenkassen, Labor etc.). Auch diese Kenntnis bildet, wie die medizinfachliche, einen Wissensrahmen, der das Verstehen anleitet und organisiert.

Weitere Aspekte, die Einfluss auf die interaktive Verstehensarbeit besitzen, stellen auch organisatorische und medizinrechtliche Vorgaben dar. So takten beispielsweise Bestellzeiten einer Praxis mehr oder weniger eng die Gespräche mit Patienten und nehmen so Einfluss auf die Möglichkeiten, ein Gespräch ausführlicher oder begrenzter durchzuführen. In apparateintensiven Fachgebieten gibt auch schon die Raumverteilung Unterbrechungen bzw. eine Aufteilung des Gesprächs in mehrere Abschnitte vor. Praxisorganisatorische Rahmenbedingungen wie die Personalführung können ebenfalls störend einwirken, beispielsweise wenn es dem Personal gestattet ist, während laufender Gespräche zu unterbrechen oder Telefongespräche durchzustellen.<sup>17</sup> Und auch die medizin- und kassenrechtlichen Dokumentationspflichten machen es regelmäßig erforderlich, Gespräche im Verlauf zu unterbrechen oder lenken die Aufmerksamkeit der Teilnehmer zeitweise vom Gespräch ab.

Ebenso erweist sich der Versicherungsstatus eines Patienten, ob also pflicht-, freiwillig oder privat versichert, als relevant für die Praxis der Gesprächsführung, die bei Privatpatienten oft nicht nur ausführlicher, sondern darüber

<sup>15</sup> Siehe dazu beispielsweise die Ausführungen zum Heidelberger Curriculum Medicinale (Heicumed) auf [www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/Home.108072.0.html](http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/Home.108072.0.html) sowie die einschlägigen Publikationen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Köln auf [www.uni-koeln.de/med-fak/psysom/forschung/forschungstart.html](http://www.uni-koeln.de/med-fak/psysom/forschung/forschungstart.html) (Stand: November 2009).

<sup>16</sup> Siehe beispielsweise für die psychosomatische Gynäkologie Neises (2005).

<sup>17</sup> Dies ist in dem dieser Untersuchung zugrunde liegenden Korpus durchaus häufig der Fall.



hinaus persönlicher und damit potenziell verstehenstiefer ist.<sup>18</sup> (In diesem Zusammenhang ist auch das hochdifferenzierte Abrechnungssystem mit spezifischen Abrechnungsziffern für unterschiedliche Formen von Gesprächen (Erstgespräch, Anamnese, Folgegespräch, Beratung etc.) zu nennen, wobei Gespräche selbst insgesamt mit anderen (apparativen, labortechnischen) Untersuchungsformen in unmittelbarer – und meist subordinierter – ökonomischer Konkurrenz stehen.)

In sozialstruktureller Hinsicht ist nicht zuletzt auch der soziale Status erwähnenswert, der mit der Wahrnehmung des Arztberufes einhergeht. Nach wie vor hält diese Profession in Deutschland seit Jahren uneingeschränkt die Spitzenposition bei der Beurteilung des beruflichen Sozialprestiges inne.<sup>19</sup> Im Verbund mit der zugeschriebenen Expertise erzeugt die damit gegebene soziale Differenz auf Seiten der Patienten eine hohe Toleranz beispielsweise hinsichtlich der Verständlichkeit von Äußerungen (Stichwort: Fachwortgebrauch) oder der unhinterfragten Hinnahme von Therapiemaßnahmen. Umgekehrt kalkulieren Ärzte eigene Unverständlichkeit mit ein, beispielsweise wenn es um differenzialdiagnostische Abklärungen geht, deren Sinn für Patienten zwar undurchschaubar ist, deren Erläuterung aber oft als zu aufwändig eingeschätzt wird.<sup>20</sup>

## 2.2 Interaktionstypologische Eigenschaften ärztlicher Gespräche als Verstehensressourcen

Die bisher genannten Aspekte sind als gesprächsexterne Faktoren zu charakterisieren, die unter anderem auch Ressourcen der Verstehensarbeit der Gesprächsteilnehmer im Arzt-Patient-Gespräch darstellen. Sie werden meist implizit (beispielsweise wenn ökonomische Zwänge eine optimale Versorgung qua Zeitbeschränkung behindern),<sup>21</sup> selten explizit (z.B. wenn Erfordernisse

<sup>18</sup> Laut Nowak (2010, S. 48ff.) finden sich in Gesprächen mit Privatpatienten signifikant mehr ‘social turns’ als bei Pflichtversicherten; siehe auch Kieserling (1999).

<sup>19</sup> Laut der letzten vorliegenden Allensbacher Berufsprestige-Skala von 2005: [http://www.ifd-allensbach.de/news/prd\\_0512.html](http://www.ifd-allensbach.de/news/prd_0512.html) (Stand: November 2009) liegen Ärzte darin deutlich vor allen anderen Berufsgruppen. Allerdings ist seit Beginn der Erhebungen im Jahr 1966 bis 2005 eine Abnahme von 84% auf 71% zu verzeichnen, ein Schicksal, das aber von so gut wie allen erfassten Berufsgruppen geteilt wird (Donsbach 2003).

<sup>20</sup> Ein Beispiel dafür findet sich im Gesprächsausschnitt #14, wenn die Ärztin fragt: *an-der=n geLENken oder so haben sie GAR nichts* (Z. 72): Dass diese Frage auch der differenzialdiagnostischen Abklärung endogener oder exogener Verursachung dient, wird von der Ärztin nicht verdeutlicht.

<sup>21</sup> „Es sind also auch die Vorgaben der Fallpauschalen, die unsere Kommunikation mit unseren Patienten [...] limitieren.“ (Leschke 2008).

der Praxisorganisation die Gesprächsdurchführung stören) mitverhandelt. Sie stellen für beide Seiten einen – wenn auch unterschiedlich gewussten und gewichteten – Rahmen dar, der stets präsent gehalten wird und ggf. auch explizit behandelt werden muss.

Viele Phänomene und Ressourcen interaktiver Verstehensarbeit leiten sich aber von Struktureigenschaften und Handlungsaufgaben von Interaktion allgemein bzw. vom Interaktionstyp Arzt-Patient-Gespräch im Besonderen her.<sup>22</sup>

Arzt-Patient-Gespräche werden, wie eben ausgeführt, von vielen gesprächsexternen Faktoren mitbestimmt, sie dienen aber ihrerseits umgekehrt einem übergeordneten, gesprächstranszendenten Handlungszweck: Es geht den Beteiligten um die Ermittlung einer Diagnose und die Entwicklung von Therapieentscheidungen zur in der Regel nach-interaktiven Behandlung von krankheitswertigen Beschwerden, die dem jeweiligen Gespräch vorausliegen (Deppermann 2007). Die kommunikative Handlungslogik ärztlicher Gespräche ist entsprechend diesen Handlungsaufgaben organisiert und – im Unterschied zu vielen alltagsweltlichen Interaktionstypen – relativ deutlich konturiert.

Byrne/Long (1976) haben auf der Basis der Untersuchung von mehr als 2 500 ärztlichen Gesprächen ein Ablaufmodell chronologisch funktionaler Gesprächsphasen entwickelt, das auch in handlungsschemaanalytischen Untersuchungen im Wesentlichen bestätigt wurde (Spranz-Fogasy 2005, Nowak 2010). Demnach ergibt sich für den Grundtyp eines ärztlichen Gesprächs mit Patienten ein Handlungsschema mit folgenden fünf zentralen Komponenten:<sup>23</sup>

- Begrüßung und Gesprächseröffnung
- Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration
- Diagnosemitteilung
- Therapieentwicklung und Therapieentscheidung
- Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Das Handlungsschema ist hier in idealtypischer Form dargestellt. Das bedeutet nicht, dass dies der ideale Ablauf eines ärztlichen Gesprächs wäre, sondern dass diese Reihenfolge häufig zu finden und handlungslogisch begründet ist.

<sup>22</sup> Zu allgemeinen Verstehensaufgaben und -ressourcen siehe Deppermann (i.d.Bd.).

<sup>23</sup> Eine ausführliche Darstellung des Handlungsschemas ärztlicher Gespräche gibt Spranz-Fogasy (2005); zum Konzept der Handlungsschemaanalyse allgemein siehe Spiegel/Spranz-Fogasy (2001).

Einzelne Aufgaben von Komponenten des Handlungsschemas können dabei von den Teilnehmern in mehreren Anläufen oder Runden bearbeitet werden, oder es werden bestimmte Teilaufgaben vorgezogen bzw. zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Handlungsphase nachgeholt.

Für die Bewältigung dieser Handlungsaufgaben ist – in unterschiedlichem Maß, in unterschiedlichen Hinsichten und in unterschiedlicher Verteilung – ein ausreichender Abgleich des unterschiedlichen Wissens der Beteiligten erforderlich und, darauf bezogen, auch die wechselseitige Dokumentation des (Nicht-)Verstehens. Verstehen ist dabei jeweils subsidiäres, aber notwendiges Handlungsziel: Beschwerden müssen ausreichend verstanden, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Therapieentscheidungen verständlich kommuniziert werden. Die übergreifende Verstehensarbeit verläuft im ärztlichen Gespräch also über Kreuz: Zunächst muss der Arzt verstehen, was der Patient ‘hat’ (Beschwerdenschilderung und -exploration), dann der Patient, wie seine Beschwerden aus medizinischer Sicht beurteilt werden (Diagnose) und schließlich muss der Patient auch verstehen, was der Arzt hinsichtlich einer Therapie sagt (Thapieentwicklung und Therapieentscheidung).

### 2.2.1 Begrüßung und Gesprächseröffnung

In der Eröffnungsphase von Arzt-Patient-Gesprächen müssen die Teilnehmer verschiedene Aufgaben bewältigen, die mit Verstehensleistungen verbunden sind bzw. für das Gespräch Verstehensressourcen etablieren. So müssen sie auf der Ebene der Sozialstruktur die gesprächsrelevanten Rolleneigenschaften von Arzt und Patient aufbauen, mit dem Vollzug erster Aktivitäten Schritte zur Konstitution des Interaktionstyps einleiten und in eins damit eine übergreifende formal-organisatorische Trägerstruktur für den weiteren Vollzug komplementärer Aktivitäten herstellen.

Mit der Konstitution der sozialen Rollen sind dabei unter anderem auch interaktionsorganisatorische Implikationen verbunden, die eine Grundlage für die Verstehensarbeit bilden: Der Patient als Initiator der Begegnung erteilt mit seinem Erscheinen in der Praxis einen Behandlungsauftrag, aus dem sich eine asymmetrische bzw. komplementäre Verteilung interaktiver Rechte und Pflichten ergibt. Der Patient überlässt dem Arzt in vielen Hinsichten Durchführungsrechte für die laufende Interaktion, beispielsweise hinsichtlich gesprächsorganisatorischer Eingriffe, hinsichtlich der Einführung alltagsweltlich tabuisierter Themen oder gar hinsichtlich des Vollzugs invasiver Aktivitä-

ten.<sup>24</sup> Auf diese Weise werden komplementäre Initiativen und Reaktionen jeweils bestimmter Typik erwartbar und zugleich mit den rollenkonstitutiven Aktivitäten verstehbar gemacht.

Mit der expliziten oder impliziten Aufforderung zur Beschwerdenschilderung<sup>25</sup> wird der Interaktionstyp Arzt-Patient-Gespräch initiiert und der folgenden Interaktion damit ein Orientierungsrahmen gegeben, der das Verstehen bei der Durchführung der konstitutionslogisch geforderten Aufgaben anleitet: bei der Darstellung einschlägiger Sachverhalte, beim Vollzug typischer Aktivitäten oder bei der Wahrung der besonderen Beziehungskonstellation. Sequenzorganisatorisch wird vom Arzt durch die Aufforderung zur Beschwerdenschilderung ein Prozess in Gang gesetzt, den dieser bis zu seinem Abschluss (in der Regel durch die Mitteilung der Diagnose) kontrolliert, und der ihm bis dahin Rechte auf Reparatur- und Expansionsanforderungen verschafft, die im ärztlichen Gespräch vor allem im Frage-Antwort-Muster realisiert werden. Dies erlaubt den Beteiligten eine ständige Bezugnahme aller Aktivitäten auf einen übergeordneten sequenzorganisatorischen Rahmen und deren Interpretation vor eben diesem Hintergrund.<sup>26</sup>

### 2.2.2 Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration

Zentrale Voraussetzung des Handlungszwecks eines Arzt-Patient-Gesprächs ist die angemessene Erfassung der Beschwerden. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration dienen dem Abgleich des subjektiven Erfahrungswissens des Patienten mit dem medizinisch-kategorialen Ordnungs- und Handlungswissen des Arztes. Hier ist also Verstehen in besonderer Weise relevant zur gemeinsamen, interaktiven Bewältigung der Handlungsaufgabe(n). Verstehen geschieht im Blick auf Diagnose und Therapie, es geht darum, die Beschwerdensachverhalte zu kategorialen Zwecken aufzubereiten, das heißt, sie zueinander zu relationieren und sie komplexen Kategorien medizinischer Diagnostik zuzuordnen, um daraus dann angemessene Therapieschritte abzuleiten.

<sup>24</sup> Festzuhalten bleibt aber, dass zumindest strukturell gesehen der Patient als 'Auftraggeber' die Interaktionshoheit bis hin zum Gesprächsabbruch behält – wenngleich sozialstrukturelle Aspekte wie Kompetenzzuschreibung, sozialer Status oder Territoriumshoheit dies faktisch zumeist konterkarieren.

<sup>25</sup> Zu den verschiedenen Möglichkeiten für ärztliche Eröffnungszüge siehe Spranz-Fogasy (2005).

<sup>26</sup> Zu solchen lang anhaltenden sequenziellen 'constraints' von 'first pair parts', die eine solche starke konditionelle Relevanz etablieren, siehe Schegloff (1990). Für das Beispiel der Argumentationssequenz siehe Spranz-Fogasy (2003).

Diese Gesprächsphase kann sehr unterschiedlich gestaltet sein, je nach den Möglichkeiten der Patienten zur Darstellung und den Eingriffen oder Ergänzungswünschen des Arztes. Sie zeichnet sich durch ein Wechselspiel von Schilderung, aktivem Zuhören und explorativen Aktivitäten aus. Voraussetzung dafür ist die Etablierung eines interaktionstypologisch motivierten und sequenzstrukturell organisierten, breiten Slots für die Beschwerdenschilderung des Patienten. Dies ist erforderlich, da der Arzt in der Regel keine Kenntnis vom konkreten Beschwerdebild und vom subjektiven Beschwerdenerleben des Patienten hat. Wie bereits dargestellt, liegt das strukturelle Kontrollrecht über das Explorationsverfahren beim Arzt, also bei demjenigen, der 'verstehen muss', um praktisch handeln zu können, was ja der intrinsische Sinn eines ärztlichen Gesprächs ist. Der Arzt leistet die Aufforderung zur Beschwerdenschilderung und entscheidet deshalb darüber, wann die Schilderung des Patienten ausreichend ist (was nicht bedeutet, dass ein Patient nicht seinerseits weitere Sachverhalte auch noch nach Abschlusssignalen des Arztes einbringen kann).

Im Rahmen der Beschwerdenschilderung muss der Patient sein Erscheinen in der Praxis legitimieren.<sup>27</sup> Er leistet dies zumeist schon durch seine Angaben zur Art, Lokalisierung, Dauer, Intensität etc. seiner Beschwerden und gibt damit auch Verstehenshinweise kategorialer Art.

Der Arzt muss während der Beschwerdenschilderung sein Verständnis mittels Rückmeldesignalen, Reformulierungen und Kommentaren dokumentieren oder durch Nachfragen zur Ergänzung oder Korrektur sein eingeschränktes oder fehlendes Verständnis signalisieren. Dabei ist häufig auch zu beobachten, dass Ärzte bereits frühzeitig ihr medizinisch-kategoriales Wissen aktivieren und damit die Schilderung des Patienten steuern.<sup>28</sup> Ärzte setzen also ihr medizinisch-kategoriales Wissen nicht nur zur rezeptiven Erfassung des Beschwerdebildes ein, sondern auch zu dessen aktiver Ermittlung. Beschwerdenschilderung und -exploration sind dabei, wie auch die Verstehensarbeit der Beteiligten darin, kein selbstständiger Handlungszweck. Sie zielen auf Diagnose und Therapie, was beispielsweise in Formulierungen wie „damit ich mir ein genaues Bild machen kann“ oder „damit ich Ihnen helfen kann“ zum Ausdruck kommt.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Siehe dazu Heritage/Robinson (2006a).

<sup>28</sup> Eine schon etwas ältere Studie (Marvel et al. 1999) zeigt, dass Ärzte ihre Patienten bereits nach durchschnittlich 18 Sekunden zum ersten Mal unterbrechen. Wie später gezeigt wird, sind es aber durchaus auch die Patienten, die sehr frühzeitig signalisieren, das Rederecht abgeben zu wollen (siehe dazu Kap. 4.4 dieses Beitrags: Verfahren antizipatorischer Reaktion auf der Ebene der Gesprächsorganisation).

<sup>29</sup> Vergleiche dazu Formulierungen der Gesprächskomponente 'Orientierung geben' in Nowak (2010).

In *sequenzorganisatorischer* Hinsicht sorgen die Gesprächsteilnehmer in der Beschwerdenexploration für die lokale Verknüpfung von Äußerungen und deren Interpretierbarkeit hinsichtlich unterschiedlich starker und unterschiedlich motivierter konditioneller Relevanzen. Sequenzialität konstituiert inhaltliche Bezüge von Äußerungen und Teiläußerungen mit und dadurch auch ihre Bedeutung und Verstehbarkeit. So dokumentiert beispielsweise eine Nachfrage immer auch ein Verstehensproblem relativ zur Bezugsäußerung. Der sequenzielle Gestaltzwang mit seinen Projektionen und Einlösungsanforderungen erzeugt immer prospektive und retrospektive Bindungen beziehungsweise ermöglicht die interpretative Orientierung daran, auch über unmittelbar aufeinander folgende Äußerungen hinaus: Die Bearbeitung einer Aufforderung zur Beschwerdenschilderung ist erst dann erfüllt, wenn der Auffordernde dies bestätigt; die Aufforderung bleibt bis dahin und auch über längere Phasen des interaktiven Austauschs handlungs- und orientierungsrelevant und sorgt für übergreifende Kohärenz des interaktiven Geschehens.<sup>30</sup>

Die sequenzorganisatorische Dimension beinhaltet auch weitere systematische reflexive Eigenschaften: So sind zweite Aktivitätsschritte zunächst immer erst als Bearbeitung eines ersten Aktivitätsschritts zu interpretieren oder dritte Schritte immer auch Bewertungen des zweiten Schritts und dessen Bearbeitung des ersten.<sup>31</sup> Auf diese Weise laufen Verstehensdokumentationen gewissermaßen ‘automatisiert’ mit.

Fragen als Aktivitäten in zweiter Position sind unterschiedlich stark relevant gesetzt: zwar nie konditionell relevant,<sup>32</sup> wohl aber implizit angeboten (affordant),<sup>33</sup> (partnerseitig) z.B. durch Modalisierungen nahegelegt, (sprecher-

<sup>30</sup> Ein längeres und hochkomplexes Beispiel einer Bitte zwischen Freunden analysiert Schegloff (1990).

<sup>31</sup> Siehe dazu Schegloff (2007, S. 195ff.); grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass – abgesehen von interaktionseröffnenden und -abschließenden Aktivitäten – alle Interaktionsbeiträge immer alle drei strukturellen Sequenzpositionen besetzen können, je nachdem, wo die Gesprächsteilnehmer jeweils den Schnitt ansetzen – dies dürfte auch die sequenzstrukturelle Grundlage negativer Reaktionszyklen (Spranz-Fogasy et al. 1993) oder der unterschiedlichen Interpunktion von Ereignisfolgen (Watzlawick/Beavin/Jackson 1980, S. 57ff.) sein.

<sup>32</sup> Selbst bei einer Aufforderung zu einer Frage muss zwischen dem Befolgen der Aufforderung als konditionell relevant gesetzter Aktivität und der Frage als Inhalt der Befolgung und dabei präferierter Aktivität unterschieden werden; zum konversationsanalytischen Konzept der Präferenz siehe Pomerantz (1984), Bilmes (1988) sowie Levinson (2000).

<sup>33</sup> Norén/Linell (2007, S. 389) machen das psychologische Konzept der Affordanz auch semantisch fruchtbar: Affordanzen sind ihnen zufolge nicht Eigenschaften eines isolierten Stimulus, sondern „aspects of the objects and events in the world *in relation to* human perceivers and users in situations“ (Hervorhebung durch die Autoren).

seitig) kognitiv motiviert oder mittels Rollenverteilung interaktionstypologisch erwartbar (und dies natürlich auch kombiniert). Fragen ihrerseits lösen dann aber wiederum – im Sinne der konversationsanalytischen „machinery“ (Sacks/Schegloff/Jefferson 1978, S. 41) – einen konditionell bedingten sequenzorganisatorischen Ablauf aus. Letzteres macht sie dann auch besonders ‘aufladefähig’ für Verstehensanweisungen an den Gesprächspartner hinsichtlich des Frageskopus und der Antworterwartung.

Ein (oft vorläufiger) Abschluss der Beschwerdenexploration ist erreicht, wenn der Arzt von sich aus die Sequenzstruktur beendet. Dies geschieht häufig durch den Vollzug weiterführender Aktivitäten, hier z.B. durch die Formulierung einer Diagnose.

Im Rahmen der ärztlichen Beschwerdenexploration können auch zwei medizinspezifische fakultative Maßnahmen anfallen: die körperliche Untersuchung des Patienten und die Abnahme von Material (bzw. oft auch nur die Anordnung) für die labortechnische bzw. apparative Untersuchung. Hier sind im Vorfeld und begleitend häufig Begründungsaktivitäten des Arztes zu beobachten, die dem Patienten die Vorgehensweise des Arztes verstehbar machen sollen (Silverman/Kurtz/Draper 2005). Die körperliche Untersuchung erfolgt mittels Anweisungen an den Patienten (z.B. sich frei zu machen, sich zu lagern oder Bewegungsabläufe durchzuführen).<sup>34</sup> Dem Arzt geht es dabei darum, mittels Anschauung und Prüfung bzw. Provokation von körperlichen Reaktionen weitere Informationen zum Beschwerdebild einzuholen und sein Verständnis der Beschwerden zu erweitern bzw. abzusichern. Er operiert dabei auf der Basis seines medizinisch-kategorialen Wissens. Auch die Erfassung von Laborwerten bzw. apparativ gewonnener Informationen dient der Ermittlung und dem besseren Verständnis symptomatisch und differenzialdiagnostisch relevanter Daten; damit oft verbunden ist eine Verlagerung von Teilen der Beschwerdenexploration nach außerhalb der Interaktionssituation.

### 2.2.3 Diagnosemitteilung

Die Diagnosemitteilung ist der interaktionsstrukturelle Ort für die gemeinsame Sachverhaltsdefinition und dient der Reziprozitätssicherung der Ergebnisse der Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration – sie ist damit gewissermaßen ein Kulminationspunkt der Verstehensarbeit bei der gemein-

<sup>34</sup> Einige konversationsanalytische Untersuchungen zum ‘online-commentary’ der körperlichen Untersuchung finden sich in Heath (2006), Heritage/Stivers (1999), Mangione-Smith et al. (2003).



samen Beschwerdenexploration. Handlungsschematisch bildet sie eine notwendige Gelenkstelle für den Übergang zur Therapieentwicklung und Therapieentscheidung. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sie in allen ärztlichen Gesprächen auch explizit verhandelt wird, insbesondere bei leichteren Beschwerden oder in Routinefällen unterbleibt sie oft ganz und ist lediglich in der Therapieanordnung impliziert.<sup>35</sup>

Der Arzt dokumentiert qua Diagnosemitteilung sein medizinisches, abstrakt-kategoriales Verständnis des Beschwerdebildes und schafft damit zugleich die Voraussetzung seines zukünftigen praktischen Handelns. Verstehensstrukturell erfolgt hier eine Umkehr der Verstehenslast vom Arzt auf den Patient: Letzterer soll die Diagnose sowie ggf. die Erläuterungen dazu verstehen und im Folgenden auch die daraus vom Arzt abgeleiteten Therapievorschlüsse, die zur Voraussetzung einer mehr oder weniger gemeinsamen Entscheidungsfindung werden. Patienten reagieren auf Diagnosemitteilungen meist gar nicht oder nur mit minimaler Zustimmung, da die Diagnose rein der ärztlichen Verantwortung zugeschrieben wird (Peräkylä 2006).

Aktuelle Forschungen zur 'compliance' legen nahe, dass es einen engen Zusammenhang gibt zwischen der Art der Diagnosemitteilung und der Compliance, also der Mitarbeit des Patienten an der Therapie.<sup>36</sup> Ein kleinerer Teil der Patienten vermeidet zwar zu viel Information, aber im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass Patienten mehr Information wollen, als ihnen Ärzte geben, gerade zu 'schlechten Nachrichten'.<sup>37</sup> Patienten zeigen ihr Informations- (und Mitteilungs-)bedürfnis jedoch üblicherweise nicht explizit, sondern geben lediglich sprachliche Hinweise (nicht-)verstehensdokumentarischer Natur auf ihr Interesse. Solche „Relevanzmarkierungen“ (Sator 2003) wurden aufgrund ihrer Bedeutung auch zum Fokus aktueller internationaler und interdisziplinärer Forschungsanstrengungen (Zimmermann/Del Piccolo/Finset 2007). Patienten, die Diagnosen anzweifeln, tun dies zumeist ohne die ärztliche Autorität in Frage zu stellen, z.B. indem sie körperliche Empfindungen oder Alltagserfahrungen in die Diskussion einbringen (Peräkylä 2006). Hier ist also auf Seiten des Arztes besondere Aufmerksamkeit auf (Nicht-)Verstehenssignale und versteckte Erläuterungswünsche geboten.

<sup>35</sup> Zu solchen Fällen bei der Medikamentenverordnung siehe Spranz-Fogasy (1988). Zur Problematik unterlassener Problemdefinition im handlungsschemaanalytisch vergleichbaren Beratungsgespräch siehe Nothdurft/Reitemeier/Schröder (1994).

<sup>36</sup> Im Überblick siehe Nowak (i.Vorb., S. 12f.).

<sup>37</sup> Formen der Überbringung schlechter Nachrichten diskutieren Ditz (2005), Jenkins/Fallowfield/Saul (2001), Maynard (2003).

Verständlich aufbereitete und verstehenssichernde Diagnosemitteilungen scheinen eine konstruktive Voraussetzung für daran gebundenes positives Compliance-Handeln der Patienten zu sein. Empirisch finden sich jedoch sehr unterschiedliche Formen der Diagnosemitteilung, die bei einzelnen Ärzten oft systematisch sind und offensichtlich mit unterschiedlichen Verstehens-‘Ideologien’ einher gehen. Zu diesen Formen gehören

- die unterlassene bzw. implizite Diagnoseformulierung;
- die Diagnoseformulierung ex negativo, bei der nur vom Arzt ausgeschlossene Diagnosen mitgeteilt werden, eine positive Diagnose jedoch unterbleibt;
- eine rein fachterminologische Diagnoseformulierung;
- eine alltagsweltlich erläuterte fachterminologische Diagnoseformulierung, sowie
- eine rein alltagsweltliche Diagnoseformulierung.

Die Diagnosemitteilung wird als flexible kommunikative Verhandlungsmasse behandelt, die gänzlich unterbleiben kann, der Demonstration fachlicher Kompetenz dient oder aber als relevanter Gesprächsinhalt ausdrücklich fokussiert und manifest verstehenssichernd behandelt wird.

#### 2.2.4 Therapieentwicklung und Therapieentscheidung

Bei der Therapieentwicklung und Entscheidungsfindung müssen die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotenen (idealerweise evidenzbasiertem<sup>38</sup> medizinischen Wissen) und den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten ausgehandelt werden. Dabei stehen zunächst Aktivitäten des Arztes im Vordergrund, die Entwicklung eines Therapieplans und seine Erläuterung (auch von Behandlungsalternativen und Risiken), dann aber auch das aktive Erfragen der Wünsche und des Verständnisses des Patienten und die Verhandlung seiner Möglichkeiten zur aktiven Übernahme der Therapievorschlüsse. Neben den besonderen Anforderungen aktiver Verstehensanweisungen und -sicherung sind vom Arzt deshalb auch Verstehensleistungen analog zu denen der Beschwerdenexploration aufzubringen.

<sup>38</sup> „Evidenzbasierte Medizin (EbM, von englisch ‘Evidence-based Medicine’, „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“) ist jede Form von medizinischer Behandlung, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden.“ [http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte\\_Medizin](http://de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin) (Stand: November 2009).

Gerade für die Phase der Therapieentwicklung und Therapieentscheidung im ärztlichen Gespräch hat sich in den letzten Jahren aufgrund von Ergebnissen der Compliance-Forschung eine breite Diskussion über partnerschaftliche Entscheidungsmodelle entwickelt.<sup>39</sup> Dennoch zeigen auch neuere Studien, dass ein einseitig paternalistisches Vorgehen immer noch keineswegs selten ist und sich die Entscheidungskultur in der Praxis noch wenig partnerschaftlich gestaltet (Elwyn et al. 2003). **Vielfach bleibt deshalb eine Verständnislücke** zwischen der Handhabung der formalen Anweisungen bzw. An- oder Verordnungen einerseits und den diese erläuternden medizinisch-therapeutischen Zusammenhängen andererseits. Zwar sind die formalen Vorgaben auch ohne ein tieferes Verständnis umsetzbar, jedoch bildet dieses ähnlich wie im Zusammenhang der Diagnosemitteilung eine wichtige Voraussetzung für die Mitarbeit des Patienten an der Therapie.

Auch nicht hinterfragte Annahmen des Arztes über Therapieerwartungen der Patienten insbesondere bei einer medizinisch nicht erklärbaren Symptomatik können in dieser Phase zu problematischen Verschreibungen führen. So konnte gezeigt werden, dass der Anteil unangemessen verordneter Antibiotika durch Annahmen der Ärzte zu Verordnungserwartungen von Patienten bzw. Patienteneltern steigt (Stivers 2006, 2007). Verstehenspräsuppositionen leiten zwar einerseits die Verstehensarbeit an, sie sind jedoch andererseits bei mangelnder Aufklärung bzw. Legitimationsprüfung auch kontraproduktiv.

Besonders problematisch kann sich die interaktive Aushandlung von patientenseitigen Bedürfnissen und Therapieplanung auswirken, wenn die Diagnose unsicher und die Symptomatik medizinisch unerklärbar ist, was bei etwa einem Fünftel aller Arztbesuche der Fall ist (Ring et al. 2004, S. 1057). Während Patienten zunächst Akzeptanz und Mitgefühl für ihr Leiden erwarten, tendieren Ärzte zur Erfüllung gesellschaftlicher Erwartungen zur therapeutischen Symptombehandlung ohne erwartbaren Heilerfolg (Ring et al. 2004).

### 2.2.5 Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Die Gesprächsbeendigung ist in aufgabenorientierten Gesprächen wie dem Arzt-Patient-Gespräch hinsichtlich interaktiver Verstehensleistungen von besonderer Relevanz. Hier müssen die in den vorausgehenden Handlungsphasen erzielten Resultate der Verständigungsarbeit für das zukünftige außersituative

<sup>39</sup> Zum Entscheidungsdialog siehe Koerfer/Köhle/Oblers (2005), Jung/Ditz (2007), Nowak (2010).

Handeln noch einmal abgesichert werden (Lalouschek 2005b). Wie die Bearbeitung der Handlungsschemakomponenten Diagnosemitteilung und Therapieplanung spielt auch die Gesprächsbeendigung für die Compliance eine wichtige Rolle. Verstehensdokumentarische Aktivitäten wie Wiederholungen, Zusammenfassungen oder letzte Abklärungen zu Diagnose und Therapie sind deshalb in hohem Maß erwartbar. Zumeist sind auch noch prognostische Aussagen und Vereinbarungen zum weiteren Therapieprozess Bestandteil der Gesprächsbeendigung, die auch als Resultate vorhergehender Aushandlungen und Verstehensprozesse gelten können.

Frühere Untersuchungen zeigten, dass Patienten relativ häufig die Gesprächsbeendigung als 'letzte Chance' wahrnehmen, um bisher noch nicht angesprochene Anliegen und Fragen einzubringen. Dies erzeugt Probleme im Zeitmanagement des Arztes und meist Unzufriedenheit mit dem Gesprächsverlauf auf beiden Seiten (White et al. 1997). Fehlende Gelegenheiten, heikle Themen in früheren Gesprächsphasen anzusprechen, sind hierfür als Ursachen beschrieben worden (Robinson 2001). West (2006) zeigt demgegenüber, dass diese Patienteninitiativen regelmäßig auf interaktive Einladung durch den Arzt erfolgen. Es handelt sich demnach um einen Mechanismus der Verstehenssicherung, der an dieser Stelle für beide Seiten erwartbar ist.

#### 2.2.6 Orientierung im Gespräch geben

In seiner breit angelegten Metastudie zu gesprächsanalytischen Untersuchungen des Arzt-Patient-Gesprächs erfasst Nowak (2010, i.Vorb.) als Resultat einer Abstraktion über unterschiedliche Forschungsergebnisse neun *Gesprächskomponenten*. Diese lassen sich aber in das obige Handlungsschema integrieren<sup>40</sup> oder sie stellen Aktivitätstypen dar, die in verschiedenen Abschnitten eines ärztlichen Gesprächs realisiert werden können, wie die Komponente 'Orientierung im Gespräch geben'. Diese Komponente steht quer zur prozessualen Handlungslogik des Handlungsschemas und ist als fakultative, aber nichtsdestotrotz empirisch regelmäßige Aktivität zu bestimmen. Der Arzt leistet damit explizite, lokale und Phasen übergreifende Verstehensanweisungen für den Patienten. Diese beziehen sich auf vorausgreifende Verdeutlichungen ärztlicher Handlungen, beispielsweise zum Sinn von Fragen in der Beschwerdenexploration, zu nichtverbalen diagnostischen Untersuchungsverfahren oder zur Entwicklung von Therapievorschlügen. Der Patient erhält damit Hilfestellungen zum Verständnis der laufenden Interaktion und zur Einpassung seiner Beteiligung daran (Lalouschek 2004).

<sup>40</sup> So ist z.B., wie ausgeführt, die Komponente 'körperliche Untersuchung' aus handlungslogischer Perspektive Bestandteil der Beschwerdenexploration.

## 2.2.7 Die verstehensbezogene Interdependenz der Komponenten des Handlungsschemas APG

Innerhalb der Handlungslogik eines ärztlichen Gesprächs dienen die einzelnen Handlungsschritte auch jeweils zur Schaffung intersubjektiver Voraussetzungen zur Bearbeitung der jeweils nächsten Schritte. Im Ablauf des Handlungsschemas ist aber zusätzlich noch die Möglichkeit von Schleifen eingebaut, sodass also noch im Rahmen der Therapieentwicklung und -entscheidung erneute Rückgriffe auf explorative Aktivitäten erfolgen können oder bereits im Vorgriff bei der Beschwerdenexploration Aspekte der Therapieplanung, z.B. bezogen auf Handlungsmöglichkeiten von Patienten bei der Therapieumsetzung, angesprochen werden können. Für die interaktive Verstehensarbeit bedeutet dies, dass die Teilnehmer stets die Möglichkeit haben, unklare oder noch nicht thematisierte Aspekte des Beschwerdengeschehens, der Diagnose oder der Therapieplanung anzusprechen und abzuklären.

Das ärztliche Gespräch steht, wie in diesem Kapitel gezeigt wurde, in einem umfassenden sozialstrukturellen Rahmen und ist an vielfältige interaktionstypologische und sequenzielle Organisationsaufgaben gebunden, die die Verstehensarbeit der Beteiligten bedingen und anleiten. Allen verstehensbezogenen Aspekten nachzugehen, wäre ob der Masse und Vielfältigkeit ein hoffnungsloses Unterfangen.<sup>41</sup> Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich daher auf einen bestimmten Abschnitt des ärztlichen Gesprächs, der handlungslogisch mit manifesten Verstehensaufgaben verknüpft ist, die in der Regel von Arzt und Patient mit komplementären und mehr oder weniger wechselseitig bedingten sprachlichen Aktivitätstypen bearbeitet werden. Untersucht werden ärztliche Fragen und Antworten von Patienten im Rahmen der gemeinsamen Beschwerdenexploration auf besondere Verstehenspraktiken hin, also auf signifikante Formen der Dokumentation und Organisation von Verstehen in diesen Fragen und Antworten.

## 3. **Ärztliche(s) Fragen als Paradigma der ärztlichen Verstehensarbeit**

Auf Seiten des Arztes ist ein zentraler Teil der Verstehensarbeit im Rahmen der Beschwerdenexploration zu leisten. Hier muss er die Schilderungen des Patienten nachzuvollziehen suchen, relevante Unklarheiten beseitigen, zusätzliche Elemente des Beschwerdengeschehens einholen oder einzelne Aspekte davon absichern.

<sup>41</sup> Auch auf den vieldiskutierten Fachwortgebrauch und die damit verbundene Verstehensproblematik kann aus Platzgründen hier nicht eingegangen werden; siehe dazu Brünner (2005), Brünner/Gülich (2002) sowie Gülich (1999).

Der zentrale Aktivitätstyp, den Ärzte zum Einholen der Beschwerdensachverhalte einsetzen, sind Fragen – sie sind *das* Arbeitsinstrument ärztlichen Handelns im Rahmen der Beschwerdenexploration. Fragen organisieren das gemeinsame interaktive Handeln, die Agenda<sup>42</sup> der Beschwerdenexploration. Diese Agenda umfasst die Themen, die besprochen, und die Aktivitäten, die vom Patienten ausgeführt werden sollen, wie die Symptombeschreibung, die Erläuterung vorangegangener Schilderungen oder die Darstellung des psychischen Krankheitserlebens.

Fragen sind bislang in der Forschung vor allem unter dem Gesichtspunkt ihrer augenfälligen interaktiv-projektiven Kräfte betrachtet worden,<sup>43</sup> retrospektiv wurden allenfalls Nichtverstehen beziehungsweise Verstehensprobleme thematisiert.<sup>44</sup> Boyd/Heritage (2006, S. 154f.) zeigen aber auch, dass Fragen mehr leisten, als Themen und Handlungsaufgaben zu organisieren: Fragen enthalten Präsuppositionen, die Ärzte als fraglos gegeben behandeln, und sie implizieren Präferenzen dafür, welche Erwartungen Ärzte bezüglich des Inhalts der Antwort seitens der Patienten hegen. In und mit Fragen wird aber auch retrospektiv Verstandenes dokumentiert, kommentiert oder bewertet, und Fragen können damit gewissermaßen auch als Stellungnahmen zu ihren Bezugsäußerungen gesehen werden.

Im Folgenden werden nach einer kurzen Beschreibung des zugrunde liegenden Datenkorpus zunächst Typen ärztlicher Fragen nach lexikogrammatischen Merkmalen unterschieden und darauf aufbauend wird eine funktionale Differenzierung vorgenommen. Die quantitative Verteilung der Fragetypen in ärztlichen Gesprächen sowie deren empirisch vorfindliche Sequenzialisierung führen dazu, einen bestimmten Fragetyp, die so genannten Deklarativsatzfragen, zu fokussieren und auch dort funktionale Differenzierungen aufzuspüren. Dabei ist von besonderem Interesse, diese Fragen nicht nur hinsichtlich ihrer projektiven Funktion zu charakterisieren, sondern vor allem auch die retrospektiven Verstehensbekundungen von und Bezugnahmen auf Patientenäuße-

<sup>42</sup> Sie leisten also 'agenda-setting' im Sinne von Manning/Ray (2002); siehe auch Boyd/Heritage (2006).

<sup>43</sup> Zu Fragen im Kontext ärztlicher Gespräche siehe beispielsweise Boyd/Heritage (2006), Frankel (1995), Lalouschek (2002, 2005b), Spranz-Fogasy (2005), Spranz-Fogasy/Lindtner (2009), Stivers (2007), Stivers/Heritage (2001); zu Fragen allgemein siehe Blakemore (1992), Luukko-Vinchenzo (1988), Meibauer (1987), Rost-Roth (2003, 2006), Selting (1995), Sperber/Wilson (1995).

<sup>44</sup> Selting (1995) und Rost-Roth (2006) unterscheiden dabei Bedeutungsverstehensprobleme, Referenzverstehensprobleme, akustische Verständigungsprobleme sowie Erwartungsprobleme.

rungen zu erfassen, die in diesen Fragen, ihrer sequenziellen Positionierung und ihrer interaktionstypologischen Kontextualisierung dokumentiert sind. Für diese Untersuchung besonders wichtig erscheint ein Typus von Deklarativsatzfragen, in dem der Arzt Äußerungen des Patienten weitgehender interpretiert und expliziert, als dieser selbst. Dieser Typus von Deklarativsatzfragen erweist sich auch als besonders bedeutsam in Hinsicht auf Stile der ärztlichen Gesprächsführung.

### 3.1 Daten

Der Untersuchung ärztlicher Fragen liegt die Auswertung von 13 Audioaufzeichnungen ärztlicher Gespräche in vier Praxen niedergelassener Ärzte unterschiedlicher Fachrichtung zugrunde (zwei Allgemeinärzte, ein Internist, ein Urologe).<sup>45</sup> Zehn der Gespräche sind Erstgespräche, d.h. Gespräche bei erstmaligem Auftreten der Beschwerden, drei Gespräche sind Folgegespräche. Das Themenspektrum ist breit gestreut, besprochen werden: Erkältung, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme, Stresssymptome, bakterielle Infekte oder urologische Probleme nach Polio. Acht Gespräche werden von biomedizinisch orientierten Ärzten geführt, die anderen fünf von psychosomatisch/psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten.

Die Gesamtdauer der Gespräche beträgt 2h 6min 43s. Die Dauer der Gespräche variiert von 2min 9s bis 17min 55s mit einer Durchschnittsdauer von 9min 45s. Insgesamt wurden 535 ärztliche Fragen erfasst und ausgewertet, durchschnittlich stellten die Ärzte also alle 14,2s eine Frage.

### 3.2 Die syntaktische Typisierung ärztlicher Fragen

In syntaktischer Hinsicht lassen sich drei Fragetypen unterscheiden:

- *W-Fragen* (WF) werden durch Interrogativadverbien oder Interrogativpronomen eingeleitet, die mit einem W beginnen (*wer, was, wann, wo, wie, warum* etc.); diese W-Wörter stehen am Satzanfang, das Verb steht dann an zweiter Satzgliedposition. Beispiele für W-Fragen aus dem Korpus sind:

*WIE oft (.) müssen sie [n:achts-]  
[wie] lang sind sie DENN schon hei:ser-  
wovor HAM se DENN angst*

<sup>45</sup> Weitere Gespräche aus ärztlichen Praxen und klinischen Ambulanzen wurden zur Überprüfung der Ergebnisse kursorisch einbezogen.



- *Syntaktische Fragen* sind definiert durch die Erststellung des Verbs (V1-F). Beispiele dafür sind:

*HAM se=n UNfall gehabt?*  
*sind sie n=bisschen ÄNGSTlicher typ,*

- *Deklarativsatzfragen* (DSF) entsprechen in ihrer syntaktischen Struktur dem Deklarativsatz. Beispiele:

*an den ANder=n FINGern is nichts;*  
*das macht dir ANGST dann;*

WF und V1-F sind also schon anhand ihrer syntaktischen Struktur erkennbar, während DSF als Fragen durch interaktive, insbesondere prosodische,<sup>46</sup> sequenzielle und andere kontextuelle Merkmale identifizierbar sind. Bei den interaktiven Merkmalen sind hier retrospektive und prospektive Momente zu unterscheiden: Retrospektiv wird die Fragecharakteristik oft aufgrund der Behandlung als Frage durch Antworten deutlich gemacht. Prospektiv werden Fragen vielfach durch vorangehende thematische Kontexte oder übergreifende Handlungszusammenhänge erkennbar gemacht, die eine Frage motivieren. So sind beispielsweise ärztliche Fragen im Rahmen der Beschwerdenexploration und nach Abschluss der ersten Beschwerdenschilderung des Patienten erwartbar, da Patienten selten alle medizinisch relevanten Aspekte eines Beschwerdengeschehens von sich aus formulieren (können). Fragen sind geradezu der 'Defaultfall' ärztlichen Sprachhandelns in der Phase der Beschwerdenexploration.

WF und V1-F sind dabei schon von ihrer äußeren Form her – dem einleitenden W-Wort bzw. der Verb-Erststellung – vom Gesprächspartner von Beginn an als Frage erkennbar, im Unterschied zu DSF. WF und V1-F erleichtern damit dem Gesprächspartner das Verstehen der Sprachhandlungsqualität bereits mit Beginn ihrer Realisierung. DSF sind dagegen nicht immer eindeutig als Frage bestimmbar. Zwar können weitere Merkmale hinzutreten, wie Rückversicherungspartikel (wie *nicht wahr*, *ne*, *oder* etc.) oder die Formulierung eines Partnerereignisses (Partnerereignis meint hier, dass der Partner in Bezug auf den Redegegenstand eine größere epistemische Autorität besitzt,<sup>47</sup> also ein besseres, oft auch nur ihm zugängliches Wissen z.B. bei Emotionen, Schmerzen oder bezüglich des psychosozialen Umfelds etc., wie schon die oben aufgeführten Beispiele verdeutlichen). Dennoch lässt sich die Fragequalität nicht

<sup>46</sup> Zur prosodischen Markierung von Fragen siehe Selting (1995).

<sup>47</sup> Zum Konzept der epistemischen Autorität siehe Heritage/Raymond (2005).

immer eindeutig bestimmen, oder Deklarativsätze werden erst retrospektiv als Frage konstituiert (beispielsweise durch eine metakommunikative Charakterisierung als Frage durch den Gesprächspartner).

Gerade auch die Intonation ist bei DSF sehr variabel: Das Spektrum reicht von eingangs platzierter bis weit nach rechts verschobener Frageindizierung mittels prosodischer Merkmale, ggf. noch ergänzt durch Rückversicherungspartikel, wie die folgenden Beispiele zeigen:

*QUÄLT sie schon richtig-*

*sie sind eigentlich so mit ihrem ganzen hals Nasen bereich nicht zuFRIEDEN*

*<<all> un das> geht an die subSTANZ (.) <<p>ne?>*

Die Varianz bei DSF erlaubt bzw. bewirkt, die Fragecharakteristik vage zu halten – es wird oft auch dem Patienten überlassen, die Äußerung als Frage zu interpretieren bzw. – umgekehrt – eine erkennbar als DSF markierte Äußerung als Behauptung zu behandeln.<sup>48</sup>

WF sind so genannte ‘offene’ *Ergänzungsfragen*, bei denen die Antwort nicht bekannt bzw. der Antwortraum offen ist.<sup>49</sup> Der Fragende gibt jedoch eine bestimmte W-Dimension vor, die für ihn aufgrund der bisherigen thematischen Entwicklung und durch die Beiträge des Gesprächspartners relevant geworden ist oder hinsichtlich der lokal eine Frage zur Einholung zusätzlicher Information eingepasst werden kann. V1-F und DSF gelten dagegen als ‘geschlossene’ *Entscheidungsfragen*, die von ihrer syntaktisch-semantischen Struktur her lediglich eine ja/nein-Antwort, mit präferierter Zustimmungsoption entsprechend der positiven oder negativen Polarität<sup>50</sup> der Formulierung erwarten lassen.

<sup>48</sup> Hier wird deutlich, dass die in weiten Teilen der linguistischen Pragmatik präsupponierte Exklusivität von Deklarativ- und Interrogativsätzen bzw. von Behauptung-Ratifikation- und Frage-Antwort-Sequenzen eine simplifizierende Annahme ist. Empirisch findet sich ein breites Spektrum mit fließenden Grenzen. Dieser Aspekt kann aber im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht weiter verfolgt werden.

<sup>49</sup> Dies gilt allerdings nicht für alle WF in gleichem Maße. Fragen beispielsweise nach der Uhrzeit oder nach Anzahlen sind, was den Antwortraum angeht, ebenso restriktiv wie ja/nein-Fragen (siehe auch Boyd/Heritage 2006, S. 156f.).

<sup>50</sup> Heritage (2001) und Boyd/Heritage (2006) zeigen, dass Ärzte mit der positiven oder negativen Formulierung einer Frage zum einen Hinweise auf ihren Gewissheitsstatus hinsichtlich des dargestellten Sachverhalts geben (der bei negativer Formulierung in der Regel höher ist) und zum anderen einer einfacheren und damit ökonomischeren Beantwortung Vorschub leisten.

V1-F mit der markanten Prädikatsumstellung an den Äußerungsanfang signalisieren ebenfalls von Beginn an Unsicherheit beziehungsweise Ungewissheit der Fragenden hinsichtlich einer richtigen Antwort, sie schränken den Antwortbereich aber auf eine dichotome ja/nein-Entscheidung ein. Mit einer solchen syntaktischen Frage mit erkennbaren inhaltlichen Bezügen zu Partneräußerungen dokumentieren Fragende aber immer auch, dass sie den thematischen Sachverhalt soweit verstanden haben, dass sie den Bereich des Fraglichen auf eine solche Dichotomie reduzieren können und sogar mittels der formulierten Polarität eine Annahme über die Antwort besitzen. Diese Annahme speist sich im hier behandelten medizinischen Kontext aus den bisherigen Entwicklungen des Interaktionsverlaufs, aus dem medizin-systematischen Wissen des Arztes oder aus externen Quellen (wie Patientenkartei, Laborwerte oder Arztbrief).

Die Zustimmungsoption ist bei DSF dann noch stärker ausgeprägt: Qua syntaktischer Struktur behauptet der Arzt die Proposition, was aber durch verschiedene und unterschiedlich ausgeprägte Fragemarkierungen dann mehr oder weniger relativiert, aber nicht grundsätzlich aufgehoben wird. Am deutlichsten wird dieser Zusammenhang bei Ratifikationsfragen.

Der Normalfall ist bei allen Fragetypen die positive Formulierung der Proposition, zumindest im ärztlichen Gespräch kommen jedoch relativ viele Formulierungen mit negativer Polarität vor, die durch die Abweichung vom Normalfall sowie durch die antwortökonomische Vorgabe einen höheren Grad an Gewissheit und Verstehen und eine damit verbundene deutlichere Antwortpräferenz indizieren. So schließt beispielsweise ein Arzt aus ihm vorliegenden Unterlagen und dem bisherigen Gesprächsverlauf mit der Frage: *DIabetes ham sie nich* darauf, dass diese Erkrankung wohl nicht vorliegen kann, da sie sonst bereits erwähnt worden wäre.

Alle drei Fragetypen können der Einführung neuer, zusätzlicher Sachverhalte dienen, die im Kontext oder aufgrund interaktionsexterner Vorgaben oder einseitig mentaler Assoziation (beispielsweise durch Arztbrief, Interviewleitfaden, Vorab-Erhebungen medizinischer Werte, Patientenkartei, medizinisch-kategorialem Wissen etc.) für den Fragenden relevant werden. Solche Fragen können als *Komplettierungsfragen*<sup>51</sup> charakterisiert werden; sie dienen dazu, das Wissen des Arztes über den Patienten und seine Beschwerden gemäß professioneller Relevanzen zu vervollständigen, die in den bisherigen Äußerungen des Patienten (noch) nicht erwähnt oder implizit relevant wurden. Der häufigste Fall solcher Komplettierungsfragen sind Fragen, die einem übersituativen medizinischen Fragenkatalog entstammen, der vom

<sup>51</sup> Zum Konzept der Komplettierungsfragen siehe Spranz-Fogasy (2005).

Arzt manchmal in Form einer schriftlichen Vorlage genutzt, oft aber auch routinemäßig gewusst wird. Das folgende Beispiel entstammt einem ausführlichen anamnestischen Interview.

#1 API2 (02:25-02:47)

01 A: WAS für ne AUSbildung machen sie dort?  
 02 P: .h äh: ich mach: (-) 'also: (.) grad die  
 03 EINjährige metall,  
 04 (1.7) <<p>'also (---) metallbau>,  
 05 (1.2)  
 06 A: mhm macht SPAß?  
 07 (-)  
 08 P: m=joa;  
 09 (-)  
 10 A: hm',  
 11 (4.6) ((räuspert sich))  
 12 **(-) is der appetIT gut?**  
 13 **(--)**  
 14 P: joa: (-) he he (-) leider .h,

Die syntaktische V1-Frage *is der appetit gut* ist in diesem Ausschnitt vom Arzt erkennbar ohne direkten thematischen und zeitlichen Zusammenhang und ohne direkten sequenziellen Anschluss gestellt worden: Von der Erörterung eines psychosozialen Zusammenhangs im beruflichen Leben des Patienten wechselt der Arzt nach einer markanten Pause von 4,6s zu einem Aspekt der Lebensführung. Offensichtlich angeleitet durch einen – flexibel gehandhabten – Interview-Leitfaden zur psychosozialen Anamnese, wie sich auch durch den weiteren Kontext ergibt, und zusätzlich zu vorherigen Angaben des Patienten zu seinen Beschwerden und zu bereits aktiv vom Arzt eingeholten Informationen zum körperlichen Status und zu aktuellen Beschwerden erfragt er damit also einen weiteren, allgemeinen Befundaspekt.

Komplettierungsfragen erzeugen, insbesondere in professionellen Kontexten, für Patienten wie für den Gesprächsanalytiker häufig das Problem, dass nicht erkennbar ist, inwiefern sie aus professioneller Sicht an vorhergehende Äußerungen angeschlossen sind und dabei auch Verstehen dokumentieren. Auch Interview-Leitfäden in medizinischen Kontexten werden variabel gehandhabt, d.h. dass relevante Beschwerdenaspekte lokal flexibel angeschlossen erfragt werden können. Hinzu kommt, dass Komplettierungsfragen sich für den Arzt oft auch aus externen Quellen wie Patientenkartei, Laborwerten,

Arztbriefen etc. ergeben, die dem Patienten als solche nicht erkennbar gemacht werden. Im Unterschied dazu zeigen *Präzisierungsfragen* direkte Bezüge zu früheren Äußerungen (meist zu den unmittelbar vorangegangenen). Ihr Gehalt und ihre interaktive Funktion sind zumindest teilweise durch den interaktiven Prozess motiviert, und die Formulierungsweise spiegelt wider, wie der Arzt frühere Äußerungen des Patienten bis dato verstanden hat, und was er demzufolge noch genauer erfahren will. Solche Präzisierungsfragen sind Gegenstand der folgenden Ausführungen.

### 3.3 Die interaktive Systematik der Fragetypen

Die drei hier lexikogrammatisch definierten Fragetypen WF, V1-F und DSF sind zunächst hinsichtlich ihrer formalen Eigenschaften unterschieden worden. In einem zweiten Schritt soll nun versucht werden, auch funktionale Eigenschaften zu charakterisieren. Dabei geht es aber nicht nur um die projektiven Eigenschaften, sondern auch um retrospektive Funktionen bzw. um die systematische Verknüpfung von beiden. In dieser Hinsicht weisen die drei hier syntaktisch, lexikalisch, prosodisch und interaktiv bestimmbaren unterschiedlichen Fragetypen eine auffällige Systematik auf; mit ihnen werden unterschiedliche Verstehenslagen markiert und dokumentiert und interaktiv zu bearbeiten gesucht. Jeder der genannten Fragetypen dokumentiert einen unterschiedlichen Wissensstand. Prospektiv dient die Frage, als kognitive Suchoperation, dann dazu, einen noch fehlenden Wissensaspekt einzuholen. Retrospektiv wird dabei aber zugleich ein bestimmtes Wissen unterstellt, das aus dem bisherigen Interaktionsverlauf bzw. zumeist dem vorangegangenen Turn des Patienten erschlossen wurde. Die drei Fragetypen implizieren dann auch ein zunehmendes Präsuppositionsniveau, das vom Verständnis des gegebenen thematischen Zusammenhangs über die Annahme relevanter Alternativen bis zur Unterstellung einer Proposition reicht:

- W-Fragen fokussieren eine spezifische Eigenschaft in Bezug auf den in Rede stehenden Sachverhalt. Mit der jeweiligen Fragepartikel geben sie eine bestimmte Sachverhaltsdimension vor und dokumentieren so die mangelnde Bearbeitung bzw. ein Verständnisproblem hinsichtlich der genannten spezifischen (W-)Kategorie. Mit WF werden demnach *kategoriale Aspekte* des Redegegenstands bzw. des Beschwerdenzusammenhangs wie Protagonisten, Geschehen, Zeit und Dauer, Ursache, Art und Weise oder Zweck erfragt.

Dem Fragenden ist also die kategoriale Einordnung (von Aspekten) des Redegegenstands unzureichend – *als verstanden behandelt wird dagegen der Redegegenstand als solcher*.

- In V1-Fragen wird alternativ bzw. dichotom eine mögliche Proposition formuliert und als ungewiss dargestellt. V1-F zielen also auf den epistemischen Status der (Nicht-)Existenz von Sachverhalten oder Sachverhaltsaspekten, bzw. auf die *Wahrheit* und *Gültigkeit* der Aussagen darüber. Durch ihre syntaktische Form dokumentieren sie dabei mehr präsupponiertes Wissen als WF: Der Arzt konzidiert – bis auf Weiteres – den Redegegenstand und seine kategoriale Ordnung und beansprucht mit der V1-F, dass er zum gegebenen Sachverhaltszusammenhang alternative, wenn auch inkompatible Propositionen für möglich hält, über die der Patient aufgrund seines epistemisch-autoritativen Wissens zum Beschwerdengeschehen entscheiden können müsste und soll. Im Unterschied zu WF, die als Ergänzungsfragen eine selbstbestimmte Kategorisierung erfordern, handelt es sich hier um *Entscheidungsfragen* im Sinne einer ja/nein-Option. Dabei indizieren V1-F aber durch ihre Formulierung oft bereits eine Antwortpräferenz<sup>52</sup> des Arztes, da sie im Sinne des Progressivitätsprinzips<sup>53</sup> der Interaktion auf eine möglichst unaufwändige Antwort zielen.

Der Fragende markiert mit V1-F also den existenziellen Status von Aspekten des Redegegenstands (was gehört [nicht] dazu) als unzureichend – *als verstanden behandelt werden aber der Redegegenstand als solcher und seine kategoriale Strukturen*.

- DSF implizieren eine weitere Steigerung des Wissenszustands beim fragenden Arzt. Mit ihnen wird eine bestimmte Prädikation als nicht nur möglich, sondern als sehr wahrscheinlich gerahmt. Existenz, Wahrheit und Gültigkeit werden ebenso vorausgesetzt wie der behandelte Redegegenstand, es wird jedoch noch nach einer genaueren Bestimmung des Redegegenstands gesucht, die der Patient im Folgenden aber nur noch zu ratifizieren braucht bzw. ratifizieren soll. DSF werden so häufig als reine Ratifikationsfragen dazu genutzt, Behauptungen als intersubjektive Fakten zu verankern;<sup>54</sup> dies beruht in der Hauptsache auf ihrem projektiven Potenzial, das eine starke Zustimmungpräferenz etabliert.<sup>55</sup> Die häufig zu findenden Rückversicherungspartikel („tags“, Jefferson 1981) bei DSF die-

<sup>52</sup> Zur Präferenzorganisation von Äußerungen siehe Pomerantz (1984), Bilmes (1988) sowie Schegloff (2007).

<sup>53</sup> Das Prinzip der Progressivität wird ausführlich behandelt in Stivers/Robinson (2006) und Heritage (2007).

<sup>54</sup> Im Sinne des interaktionsanalytischen Konzepts des ‘grounding’; siehe Clark/Schaeffer (1989).

<sup>55</sup> Zur Zustimmungpräferenz von DSF siehe auch Boyd/Heritage (2006).

nen dabei weniger dazu, ihren Status als Fragen zu betonen, sondern dazu, die konditionelle Relevanz und die Zustimmungserwartung zu verstärken.

DSF zielen also über die intersubjektive Absicherung auf eine gemeinsame *definitorische Bestimmung* des Redegegenstands bzw. von Aspekten des Redegegenstands. Dem Fragenden ist demnach die Definition des Redegegenstands in bestimmter (und in der DSF formulierten) Hinsicht unzureichend bzw. deren intersubjektive Geltung – *als verstanden behandelt werden hingegen der Redegegenstand als solcher, seine kategoriale Strukturen sowie seine ontologische Charakteristik*.

Mit dieser Systematik stellen die drei Fragetypen zugleich ein aufeinander aufbauendes Grundgerüst (sachverhalts-)logischer Operationen bereit, die das Verstehen organisieren: (1) die grundlegende kategoriale Orientierung, die ein Fragender mit WF sucht (die kategorialen Elemente), (2) die Entfaltung des Redegegenstands in hinreichender Fülle und in seiner relationalen Organisation mittels V1-F (die Konstitution und Verknüpfung der Elemente) und (3) die Suche nach der intersubjektiven Verankerung definitorischer Bestimmungen mittels DSF (die gemeinsame Definition eines Sachverhalts). Damit werden alle wichtigen Aspekte der kognitiven Organisation von Weltsachverhalten erfasst. Interaktiv stellen die drei Fragetypen also ein Werkzeug zur Verstehensorganisation bereit, sie erzeugen Bedingungen des subjektiven und intersubjektiven Verstehens komplexer Sachverhalte wie eben dem eines Beschwerdengeschehens im Prozess der Interaktion.

<b>Fragetyp</b>	<b>Kognitive Suchoperation</b>	<b>Verstehensdokumentation</b>	<b>Beispiele</b>
<b>W-Frage</b>	kategoriale Aspekte	Redegegenstand	<i>wovor HAM se DENN angst,</i>
<b>V1-Frage</b>	Existenz, Wahrheit und Gültigkeit	Redegegenstand, kategoriale Aspekte	<i>HAM se=n UNfall gehabt?</i>
<b>Deklarativsatzfrage</b>	Intersubjektivierung definitorischer Bestimmungen	Redegegenstand, kategoriale Aspekte, Existenz- und Wahrheitsbestimmung	<i>QUÄLT sie schon richtig-</i>

Tabelle 1: Syntaktische Fragetypen und die Verteilung von Suchoperationen und Verstehensdokumentationen



Die Systematik der Fragetypen, ihre Relation zueinander und die Möglichkeiten ihrer interaktiven Prozessierung sind in hohem Maße funktional für den spezifischen Zusammenhang der medizinischen Beschwerdenexploration: Sie ermöglichen dem Arzt eine systematische Aufforderung des Beschwerdenkomplexes durch den steten Abgleich mit dem systematisch organisierten medizinisch-kategorialen Wissen.

### 3.4 Quantitative Verteilung von Fragetypen im ärztlichen Gespräch

Die unterschiedlichen und systematisch komplementären Funktionen syntaktisch bestimmter Fragetypen machen eine Untersuchung der quantitativen Verteilung von Fragetypen in ärztlichen Gesprächen interessant. Es gilt herauszufinden, welche der genannten sachverhaltslogischen und verstehensdokumentarischen Operationen im Vordergrund ärztlichen Interesses stehen und gegebenenfalls auch, ob es eine systematische Abfolge der verschiedenen Fragetypen und damit fragebezogen eine Logik der Verstehensorganisation gibt.

Ausgewertet wurden alle ärztlichen Fragen in den 13 zugrunde gelegten Gesprächen, nicht nur die in der anfänglichen Explorationsphase. Dies geschah deshalb, weil auch in späteren Handlungsphasen noch explorative Aktivitäten vorkommen und vielfach explorative Aktivitäten multifunktional sind – Fragen im Falle ärztlicher Gespräche also neben explorativen Funktionen auch zugleich funktional für Diagnosemitteilung und/oder Therapieentwicklung sein können.<sup>56</sup>

Die Verteilung der Fragetypen in den 13 ausgewerteten Gesprächen ergibt folgendes Bild:

Fragetyp	Anzahl (N=535)	Häufigkeit
<b>W-Frage</b>	90	17%
<b>V1-Frage</b>	136	25%
<b>Deklarativsatzfrage</b>	273	51%
<b>Rest<sup>57</sup></b>	36	7%

Tabelle 2: Verteilung syntaktischer Fragetypen in Arzt-Patient-Gesprächen

<sup>56</sup> Zur Flexibilität der Handlungsschemakomponenten siehe Spranz-Fogasy (2005).

<sup>57</sup> Die relativ hohe Anzahl nicht zu bestimmender Fragen ergibt sich vor allem aus elliptischen Fragen.

DSF sind mit über 50% der mit Abstand häufigste Fragetyp in ärztlichen Gesprächen. V1-F machen ein Viertel der Fragen aus und WF lediglich 17%. Die Verteilung der Fragetypen variiert zwischen biomedizinisch und psychosomatisch/-therapeutisch orientierten Ärzten nur unwesentlich:

	Ärzte mit biomedizinischer Orientierung (n=372)	Ärzte mit psychosomatisch/-therapeutischer Orientierung (n=163)
<b>W-Frage</b>	16%	18%
<b>V1-Frage</b>	27%	23%
<b>Deklarativsatzfrage</b>	50%	53%

Tabelle 3: Verteilung syntaktischer Fragetypen auf Ärzte mit unterschiedlicher Orientierung

Allerdings fragen biomedizinisch orientierte Ärzte deutlich häufiger, nämlich 46,5 Fragen pro Gespräch, während psychosomatisch/-therapeutisch orientierte Ärzte nur 32,6 Fragen pro Gespräch stellen (wobei die Gespräche der letzteren im Durchschnitt – wenn auch nur unwesentlich – länger sind: 10min 10s gegenüber 9min 29s der biomedizinisch orientierten Ärzte; das bedeutet, dass biomedizinisch orientierte Ärzte zeitbezogen etwa 53% mehr Fragen stellen als ihre psychosomatisch/-therapeutisch orientierten Kollegen).

Alle Ärzte formulieren einen erheblichen Teil ihrer Fragen demnach bereits aus der Einstellung eines relativ sicheren Wissens, der Überzeugung, schon Vieles verstanden zu haben, heraus. Ein zentraler Orientierungspunkt ihrer Fragetätigkeit ist dabei offensichtlich die definitorische Bestimmung des Beschwerdengeschehens bzw. von Aspekten davon, wie sie gerade mit DSF gesucht bzw. erfragt wird.

Die quantitative Reihenfolge entspricht in ihrer Tendenz nun auch der empirischen Abfolge, d.h. es werden zunächst eher WF, dann V1-F und schließlich DSF geäußert; öfters finden sich auch die Reihenfolgen WF – V1-F bzw. WF – DSF sowie V1-F – DSF. Diese Tendenz gilt in manchen Fällen für ein ganzes (dann meist kurzes) Gespräch, oft aber auch für einzelne thematische Phasen, wenn also verschiedene Teilthemen eines komplexen Beschwerdengeschehens nacheinander verhandelt werden. Ein Beispiel dafür bietet folgender Gesprächsausschnitt:<sup>58</sup>

<sup>58</sup> Dieser Gesprächsausschnitt wird – unter anderen Gesichtspunkten – ausführlicher analysiert in Kap. 4.3 sowie in Spranz-Fogasy/Lindtner (2009).

## #2 AA\_BI\_03 (00:06-00:56)

01 A: N:A **weswegen kommen sie denn HER?**  
02 P: ja ich habe seit DREI tagen einen ä:h  
03 (-) FINGER-  
04 wo ich nicht weiß:-  
05 (.) was ich damit MACHen soll;  
06 (---) 'aso ich: wenn ich;  
07 (-) GEstern abend hab ich=n BRIEF  
08 geschrieben;=  
09 =da is er aso ganz dick gewo:rden,  
10 (-)  
11 A: hm::?=  
12 P: =und das is als ob hier ein (.) ne nadel  
13 oder irgendwas DRIN wär;  
14 (1.0)  
15 A: **HAM se=n UNfall gehabt?**  
16 P: n überHAU:PT nichts passiert;  
17 [in (letzter zeit);]  
18 A: [nich erINNERlich; ]  
19 (.) **was is=n das hier für=n kleines LOCH,**  
20 (-)  
21 P: ja das heiß:t-  
22 (-) da hat mich glaub ich eine KATze;;  
23 (1.0) gehakt-  
24 A: **wann WAR=n [das? ]**  
25 P: [das is-]  
26 o:ch-  
27 (.) des is-  
28 (1.3) moment ich bin;  
29 (-) ich KOMM nämlich jetzt von  
30 auSTRA:lien;  
31 und ä:h-  
32 (1.2) meine güte es MÜSSte vielleicht am-  
33 (--) letzte woche (-) DONnerstag gewesen  
34 sein-  
35 (---)  
36 A: ja::-

37           aber hoffentlich hängt das nicht damit  
 38           zuSAMMEN  
 39           [nich, (.) **die hat**] <<f>**ZWEImal hier**  
 40 P:       [ja also sie hat- ]  
 41 A:       **rein>gehackt [nich;]**  
 42 P:                               [nein ]  
 43           das (.) das bin ICH gewesen;  
 44           das is [also die-]  
 45 A:                               [ja:, und ] **HIER hat ne katze**  
 46           **gekratzt;**  
 47           **(-- ) und DA tut=s auch we:h?**  
 48           **(.) an der stelle?**

Die Ärztin beginnt hier ganz offen mit der (W-)Frage nach dem Grund des Arztbesuchs der Patientin (Z. 01). Nach deren Beschwerdenschilderung (Z. 02-13) und in Bezug darauf erfragt sie dann mittels einer V1-F, ob den Beschwerden ein Unfall vorausliege – etwas, was die Patientin nicht von sich aus erwähnt hatte, die Ärztin aber aufgrund der geschilderten Symptomatik vermutet. Implizit fragt die Ärztin damit auch nach einer möglichen Ursache.<sup>59</sup> Nach der Verneinung der Patientin fragt die Ärztin nach einem von ihr entdeckten *LOCH* (Z. 19), wohl in der Umgebung des von der Patientin angegebenen Körperfeldes; auch hier wird mit der – offenen – W-Frage dokumentiert, dass die Ärztin hier unwissend ist – es handelt sich dann auch um die Eröffnung einer neuen thematischen Phase. Nach den Angaben der Patientin zu der Herkunft der Verletzung (Z. 21-23) sucht die Ärztin mit der *wann*-Frage noch den Zeitpunkt des Geschehens abzuklären (Z. 24). Die folgenden Aktivitäten der Ärztin bestehen aus einer ganzen „Batterie“ von DSF (Z. 36-48 und darüber hinaus),<sup>60</sup> in denen sie ein bestimmtes Verständnis des Geschehens und seiner Auswirkungen dokumentiert und es gemeinsam mit der Patientin zu definieren sucht.

Der Explorationsprozess erfolgt hier also – wenn auch mit einer Schleife – von einem als weit offen dokumentierten Nichtwissen zu einem mittels Fragen und Antworten immer stärker definierten Verständnis des Beschwerdengeschehens, was sich vor allem auch in der gezielten Wahl der verschiedenen Fragetypen mit deren jeweiligen Verstehensimplikationen ausdrückt.

<sup>59</sup> Differenzialdiagnostisch ist sogar anzunehmen, dass die Ärztin hier gleichzeitig die Alternative einer exogenen versus einer endogenen Verursachung abklärt.

<sup>60</sup> Die gesamte Beschwerdenexploration ist aufgeführt in Spranz-Fogasy/Lindtner (2009).

Die Fragetypen WF, V1-F und DSF reflektieren also – in dieser Reihenfolge – Grade gesteigerten Verstehens bzw. gesteigerter Gewissheit. Typischerweise finden sich in sachorientierten und frageintensiven professionellen Kontexten – wie eben der ärztlichen Beschwerdenexploration – deshalb auch Fragetyp-Sequenzen mit zunehmender Verstehenslage.

Komplementär zu dieser kognitiven Organisation von Fragen ist auch die sequenz-, bzw. interaktionsorganisatorische Strukturierung: Sie verläuft von Ergänzungs-, also ‘offenen’, Fragen zu ‘geschlossenen’ Entscheidungsfragen mit gesteigerter Zustimmungspräferenz. Hier scheint also ein Trichterprinzip wirksam, das unmittelbar mit der Verstehenslage korreliert, die in der Wahl der unterschiedlichen Fragetypen dokumentiert ist.<sup>61</sup>

### 3.5 Deklarativsatzfragen (DSF)

Der Forschungszusammenhang, in dem diese Untersuchung steht, befasst sich mit der Frage, wie Gesprächsteilnehmer einander ihr (Nicht-)Verstehen dokumentieren und aushandeln. Auch in Fragen dokumentieren Ärzte ihr Verständnis dessen, was ein Patient äußert. DSF zeigen dabei einen hohen Grad an Verstehen und Gewissheit seitens der Ärzte. Und auch die quantitative Häufigkeit legt es nahe, sich genauer mit DSF zu befassen.

DSF, die inhaltlich direkt an Äußerungen von Patienten anschließen, können als *P-motivierte DSF* bezeichnet werden. Hier lassen sich zwei Formen unterscheiden: DSF, die für die Proposition nach Ratifikation suchen und solche, die die Proposition selbst problematisieren.

P-motivierte DSF bestätigen oder problematisieren also den propositionalen Gehalt von Patientenäußerungen in Gänze oder in Teilen durch vollständige, teilweise und paraphrasierende oder interpretierende und abstrahierende Bezugnahmen. Drei zentrale Verfahrensaspekte dieses Fragetyps sind:

- 1) Dokumentation(en) des *Verstandenen* (z.B. mittels wörtlicher Wiedergabe, Verwendung äquivalenter Ausdrücke, komplementärer Konstruktionen etc.);

<sup>61</sup> Dies gilt jedenfalls für biomedizinisch orientierte Ärzte. Anders sieht es dagegen bei psychosomatisch orientierten Ärzten aus: Sie beginnen Gespräche überhaupt, aber auch einzelne thematisch definierte Phasen innerhalb ihrer Gespräche oft mit DSF mit explikativem Charakter (siehe unten Kap. 3.7), mit denen sie von der Sachebene auf die Ebene des psychischen Erlebens der Patienten wechseln. Dies entspricht auch einer Vorgabe zur Gesprächsführung, zunächst die Darstellungen von Patienten zu begleiten und ggf. eigene Wahrnehmungen zurückzuspiegeln. Diese Beobachtung muss jedoch noch an weiteren Materialien überprüft werden.

- 2) *Bezugnahmen* (z.B. durch Anaphorik, Konnektoren wie *also*, *dennoch* oder auch metakommunikative Formulierungen);
- 3) *definitorische Bestimmung* (durch Proposition und Polarität).

Bei propositions-problematisierenden DSF kommen vielfach adversative und negierende Ausdrücke bzw. Konstruktionen sowie problematisierende Implikationen hinzu. Ein Beispiel dafür zeigt folgender Gesprächsausschnitt:

#3 IA\_MR\_03 (00:36-00:47)

```

01 A:    [WIE ] lang sind sie DEnn schon hei:ser-
02        (--)
03 P:    also s ist jetzt en paar TA:gen;
04        m: merk ich das;
05        (--) ALSO es geht dann wieder mal [W:EG,]
06 A:                                     [HÖRN ]
07        tut man [eigentlich] nich
08 P:        [besser-   ]
09 A:    viel [ne;   ]
10 P:        [NEE es] is nur so MANCHmal kommtet
11        so-
12        dann (und wann) merk ich s-
13        (--) dann geht s (wieder auch) besser
14        (und)-

```

Nachdem die Patientin von ihrer Heiserkeit berichtet hat, erfragt der Arzt zunächst die Dauer der Beschwerden, bevor er dann ein darin impliziertes zentrales Krankheitszeichen als für ihn nicht bzw. kaum vorhanden problematisiert. Den adversativen Charakter seiner Äußerung schwächt er dabei in zweifacher Weise ab: durch die Verwendung des Modaladverbs *eigentlich* und durch die Gradierung *nich viel*.

Problematisierende DSF sind allerdings sehr selten in APG, u.a. auch, weil der Arzt ja kaum epistemische Autorität hinsichtlich der Beschwerden des Patienten besitzt; im Beispielfall beruft sich der Arzt jedoch auf einen Aspekt, bei dem er zumindest in wesentlicher Hinsicht epistemische Autorität beansprucht: die Hörbarkeit eines Krankheitszeichens.

Mit P-motivierten DSF dokumentieren Ärzte ein spezifisches Verständnis von Patientenäußerungen; Patientenäußerungen werden darin zur Bestätigung

oder problematisierend wiedergegeben und damit dem Patienten zur Bestätigung oder Ablehnung bzw. Weiterbehandlung ‘vorgelegt’; die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf ratifikationssuchende DSF.

### 3.6 Ratifikationssuchende Deklarativsatzfragen

Ratifikationssuchende DSF unterscheiden sich hinsichtlich der Art und Weise der Aufnahme und Verarbeitung der Formulierungen und Inhalte von Patientenäußerungen. Sie schließen qua Formulierungsübernahme direkt an, verwenden bedeutungsäquivalent gebrauchte Formulierungen oder führen wahrgenommene Gedankengänge der Patienten aus der Sicht des Arztes weiter fort. Dabei kann nach dem Grad gesteigerter subjektiver Aneignung von Patientendarstellungen in *Wiederholung*, *Paraphrase*<sup>62</sup> und *Explikation* differenziert werden:

- *Wiederholung* dokumentiert dabei – mindestens – ein Verständnis der Aussdrucksseite von (Teilen der) referierten Patientenäußerung(en).

#4 AA\_BI\_01 (00:41-01:03)

```

01  Ä:  WARU:M lassen se sich denn schei:den?
02  P:  <<p>ja das (-) klappt einfach
03      nich mehr>-
04  Ä:  des KLAPPT nich?
05      (--)
06  P:  <<p>nee>-
07  Ä:  aber das: macht ihnen ja MÄCHTIG zu
08      schaffen nich-
09      woll=n SIE denn,
10      [oder      ] will ihr mann;
11  P:  [ne      (...)]
12      wir wolln=s (.) bei:de;
13      (-)
14  Ä:  BEIDE?
15      (--) WArum denn;
16      (1.1)
17  P:  (...) (1.0) noch nicht;
18      wir ham uns KU:RZ mal getrennt

```

<sup>62</sup> Wiederholung und Paraphrase sind jeweils spezifische Formen von Reformulierungen; siehe dazu Gülich/Kotschi (1996) sowie Rittgeroth (2007).



19           aber-  
 20           (---) des is (-) DOCH was ganz andres-  
 21           als wenn man (-) sich nur a:bends  
 22           sieht,

Die Ärztin nimmt im Beispielausschnitt zweimal kurz nacheinander Formulierungen der Patientin direkt, aber verkürzt<sup>63</sup> auf. Frageintonation und eine jeweilige anschließende Pause verdeutlichen, dass die Patientin den Turn übernehmen soll, was diese im ersten Fall auch tut, im zweiten Fall erst auf die nachgeschobene Begründungsfrage *warum denn*; (Z. 15).<sup>64</sup> Zwar lesen sich beide DSF als einfache Bestätigungsfragen, doch machen die nachfolgenden Fragen der Ärztin jeweils deutlich, dass sie begründende Ausführungen erwartet bzw. wünscht.

Wiederholungen übernehmen also teilweise oder vollständig den Wortlaut von Äußerungen, passen die Formulierung aber natürlich deiktisch an. Mit der Wiederholungsfrage legt der Fragende die Aussage dem Gesprächspartner zur wiederholenden Bestätigung, zur weiteren Erläuterung oder aber gegebenenfalls zur Korrektur vor, signalisiert aber zugleich Zweifel an der Aussage bzw. an seinem Verständnis.

- Mit *Paraphrasen* dokumentiert der Arzt ein inhaltliches Verständnis von (Teilen der) referierten Patientenäußerung(en) in eigenen Worten.

#5 UR\_HD\_05 (03:39-04:00)

01 A:   wenn sie (.) äh;;  
 02       (-) was geTRUNKEN haben;=  
 03       =beziehungsweise wenn sie=s gefühl  
 04       haben  
 05       die blase ist VOLL,  
 06       (.) dann können sie auf die toilette  
 07       gehen (.) entleeren,  
 08 P:   ich hab  
 09 A:   ganz ein[fach oder-]  
 10 P:               [überHAUPT ] ke':

<sup>63</sup> Interessant ist im ersten Fall, dass die Ärztin aus der prozessualen Formulierung *nich mehr* (Z. 03) eine Zustandsbeschreibung macht und die Modalpartikel weglässt; damit reduziert sie die Aussage der Patientin auf das ihr Wesentliche und spitzt sie zu.

<sup>64</sup> Erkennbar ist, dass die Patientin hier und auch andernorts im Gespräch mit verschiedenen Mitteln den Fragen nach den Gründen der Trennung ausweicht – wir erfahren sie auch bis zum Ende des Gesprächs nicht.

11           schwierischkeite;  
 12 A:       keine (.) **sie setzen sich HIN un dann**  
 13           **läufts-**  
 14 P:       ja ja: und=SPÜR auch nix-  
 15           (.) ['aber] (.) dann kann ich net  
 16 A:           [ja; ]  
 17 P:       verSTEHE jetzt-  
 18 A:       ja warum des jetzt-  
 19 P:       wenn ich dann (.) wieder im bett lieg  
 20           denk ich=s is doch erscht eh' halbe  
 21           stunde rum;  
 22           (-) und die PAA:R tropfe kann ich dann  
 23           [NISCHT] halte,  
 24 A:       [ja- ]

Die Patientin klagt hier über nächtliche Probleme häufigen Wasserlassens. Im Zuge der Exploration der Beschwerden fragt der Arzt nach verschiedenen anderen möglichen Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang. Er benennt hier besonders zeitweiligen Harnverhalt, was die Patientin verneint. Der Arzt bestätigt diese Antwort der Patientin mit einer Wiederholung (*keine*), bevor er noch einmal zur Absicherung mit einer Paraphrase diesen Sachverhalt erfragt. Interessant in diesem Beispiel ist, dass der Arzt zusätzlich zur Reaktion auf die Äußerung der Patientin auf eine eigene Frage in seinem *Turn* zuvor Bezug nimmt (*dann können sie auf die toilette gehen (.) entleeren*; Z. 06ff.), d.h., er verarbeitet zwei Äußerungen in seiner Paraphrase.

Paraphrasen formulieren Sachverhaltsdarstellungen von Patienten 'in anderen Worten' und zwar in denjenigen des Fragenden selbst. Auch hier wird die Formulierung deiktisch angepasst. Der Fragende verwendet jedoch andere lexikalische Ausdrücke, die er als bedeutungsäquivalent behandelt.

Paraphrasen-DSF dienen vielfach der Nachsicherung. Es geht dem Arzt darum, den jeweiligen thematischen Sachverhalt bzw. Sachverhaltsaspekt nachdrücklich und in verschiedenen Facetten soweit möglich intersubjektiv abgesichert zu bestimmen. Mit dieser Absicherung verbunden ist dabei oft eine Relevanzmarkierung des thematischen Zusammenhangs seitens des Fragenden durch eine Doppelung der Aussage. Die Formulierung 'in eigenen Worten' verbreitert dabei für beide Gesprächspartner die Grundlage der intersubjektiven Bestimmung durch den expliziten Bezug auf die Ausdruckswelten *beider* Interaktionspartner.

- *Explikation* dokumentiert ein tiefergehendes Verständnis von (Teilen der) referierten Patientenäußerung(en), mit dem der Arzt Implikationen des vom Patienten Geäußerten expliziert bzw. von ihm wahrgenommene Implikationen zu explizieren glaubt. Dazu werden diskurssemantisch-generalisierende Operationen wie Zusammenfassung, Deutung, Schlussfolgerung oder Abstraktion eingesetzt.<sup>65</sup>

#6 AA\_HD\_01 (02:34-03:00)

01 P: also h' ähm: wie wenn ich SCHLAFE  
 02 A: [mh'hm- ]  
 03 P: [und und] so am AUFWachen bin-  
 04 .h (.) dann hört ma ja auch SO: nen so=n  
 05 <<knarrend>HALL>,  
 06 s=GIBT wenn jemand redet im rau:m-  
 07 das hört man dann so .h im  
 08 UNterbewusstsein noch so n bisschen-  
 09 oder KURZ vor=m einschlafen-  
 10 ..h und IRGENDwie so HUA: ,  
 11 (---)  
 12 A: **das [macht dir ANGST]**  
 13 P: [schrecklich- ]  
 14 A: **dann;**  
 15 P: ja-  
 16 A: ne,  
 17 (1.5)  
 18 P: und (-) ähm: (--) am freitachAbend hat=s  
 19 ANgefa:ng=n;  
 20 (-) ABENDS auf so ner fete?  
 21 und da hab ich gedacht,  
 22 <<t>öh: des kommt vom::>  
 23 (-) WETter oder so ne;

Die Patientin beschreibt in ihrer Beschwerdenschilderung mit deutlicher und zuvor auch explizit benannter Ratlosigkeit akustische Wahrnehmungsstörungen u.a. mit Hilfe verschiedener 'wie wenn'-Vergleiche. Sie beendet dann ihren Beitrag zunächst mit einem nichtlexikalisierten lautlichen Signal,<sup>66</sup> das Unwohlsein, Beklemmung, Furcht etc. indiziert: *HUA*. Nach

<sup>65</sup> Zu solchen Verfahren der Verallgemeinerung siehe Drescher (1992).

<sup>66</sup> Ein „sound object“ im Sinne von Reber (i. Vorb.).

einer kurzen Pause formuliert der Arzt dann eine mögliche Folge der Wahrnehmung ihrer Störung durch die Patientin als Frage an sie (Z. 12ff.). Der Arzt interpretiert und schlussfolgert aus den Darstellungen der Patientin und der Art ihrer Darstellung sowie aus dem nur lautlich dokumentierten Unwohlsein also eine bestimmte Befindlichkeit.

Wie zur Bestätigung, aber noch vor Abschluss der Verbalphrase *macht dir ANGST*, verstärkt die Patientin mit dem Ausruf *schrecklich*- die Darstellung ihrer Gemütslage und bestätigt dann anschließend noch kurz und knapp die DSF des Arztes.

Auffällig hier ist ein thematischer Ebenenwechsel von der Symptom- zur Befindlichkeitsebene – nicht mehr die Symptome bilden den Redegegenstand des Arztes, sondern das *Erleben* der Symptome durch die Patientin. Prinzipiell steckt in diesem Ebenenwechsel das Potenzial eines ‘agenda-setting’, also der Platzierung eines neuen, anderen Themas bzw. einer neuen Handlungsaufgabe,<sup>67</sup> auch wenn in diesem Fall die Patientin nach ihrem Bestätigungssignal und einer deutlichen Irritation mit Pause, Verzögerungssignal und erneuter Pause doch wieder mit der Beschwerdenschilderung fortfährt.<sup>68</sup>

Mit einer Explikations-DSF geht der Arzt selbst über die Darstellungen des Patienten hinaus, an die er aber in verschiedener Weise anknüpft. Explikations-DSF sind dem Progressivitätsprinzip<sup>69</sup> von Interaktion geschuldet: Während andere Fragetypen den Prozess der gemeinsamen Sachverhaltsaushandlung durch rückbezügliche Aushandlungserfordernisse lokal eher bremsen oder gar blockieren, dokumentieren Explikations-DSF Interpretationsleistungen des Arztes in Bezug auf die Darstellungen des Patienten mit Schlussfolgerungs- bzw. Abstraktionscharakter und bringen damit neue thematische Gesichtspunkte und ggf. Handlungsorientierungen (im Sinne des ‘agenda-setting’) ein. Der Arzt ‘versteht’ seinen Gesprächspartner ‘besser’ bzw. ‘tiefer’ oder auch ‘ganz anders’, als dieser sich selbst. Aus diesem Grund finden sich bei Explikations-DSF auch viele Formulierungen, mit denen der Arzt auf die Metaebene wechselt, wobei vor allem psychische Aspekte der Befindlichkeit oder des Erlebens angesprochen werden.

<sup>67</sup> Zum Konzept des ‘agenda-setting’ siehe Manning/Ray (2002) sowie Boyd/Heritage (2006, S. 155ff.).

<sup>68</sup> Zu dieser und anderen Antwortformen siehe Kap. 4 und insbesondere 4.5.

<sup>69</sup> Siehe dazu Stivers/Robinson (2006) und Heritage (2007) sowie schon Schegloff (1979), Goodwin/Goodwin (1986); auch Deppermann (2008).

Die hier aufgeführten drei Typen von DSF besitzen nun wiederum einen gemeinsamen systematischen Zusammenhang in Bezug auf die Verstehenslage des Fragenden und den laufenden Interaktionsprozess:

- Wiederholungen suchen den bis dato erreichten Stand der Interaktion als intersubjektive Verstehensgrundlage *abzusichern*.
- Paraphrasen sichern ebenfalls den bis dato erreichten Stand der Interaktion und *verbreitern* darüber hinaus die gemeinsame Basis der Verständigung.
- Explikationen dokumentieren ein weitergehendes Verständnis des Arztes und *führen* das Geschehen gemäß dem Progressivitätsprinzip *fort*.

In Hinsicht auf die interaktive Konstitution von Intersubjektivität lässt sich in dieser Reihenfolge auch eine qualitative Steigerung feststellen.

Auch die oben nicht weiter ausgeführte Differenzierung von DSF in (1) propositions-problemtisierende, (2) ratifikationssuchende (als jeweils Patienten-äußerungen referierende) Präzisierungsfragen und (3) Komplettierungsfragen reflektiert bei dieser Abfolge eine Systematik hinsichtlich einer zunehmenden Verstehenslage des Fragenden:

- Zu (1): Bereits genannte Aspekte eines Sachverhalts sind (noch) nicht ausreichend verstanden bzw. verstehbar und sollen/müssen hinsichtlich einer genaueren Bestimmung *erneut* bearbeitet werden.
- Zu (2): Bereits genannte Aspekte eines Sachverhalts sind ausreichend verstanden bzw. verstehbar und sollen *intersubjektiv* verankert bzw. ggf. auch noch *genauer* bestimmt werden.
- Zu (3): Bereits genannte Aspekte eines Sachverhalts sind ausreichend verstanden bzw. verstehbar, und es sollen *ergänzend* weitere Aspekte hinsichtlich einer genaueren Bestimmung bearbeitet werden.

Mit dieser Systematik sind auch die denkbaren Verstehenslagen hinsichtlich einer gemeinsamen definitischen Aushandlung erfasst und Gesprächsteilnehmern mit den verschiedenen Fragetypen die interaktiven Mittel zur Bearbeitung an die Hand gegeben.

### 3.7 Explikations-DSF

Explikations-DSF (E-DSF) sind hinsichtlich der übergreifenden Verstehensuntersuchung natürlich besonders interessant: In ihnen bringt der Arzt sein Verstehen des Patienten zum Ausdruck, das über den bisher vom Patienten

selbst beschriebenen Beschwerdensachverhalt hinausreicht, ihn zusammenfasst, schlussfolgert, interpretiert oder von ihm abstrahiert. Pointiert gesprochen: Der Arzt versteht den Patienten anders oder ‘besser’, als dieser sich selbst. Dieser Fragetyp soll im Folgenden deshalb näher betrachtet werden.

#### Reichweite(n) der Bezugnahme durch E-DSF

Mit E-DSF nehmen Ärzte Äußerungen von Patienten lokal, aber auch übergreifend zum Anlass, Zusammenfassungen, Schlussfolgerungen oder Deutungen vorzunehmen.

Den einfachsten Fall zeigt das nachfolgende Beispiel, in dem der Arzt das Lautsignal des Patienten unmittelbar nach seinem Auftreten als Signalisierung von Nichtwissen expliziert und dies abzusichern sucht. Der Patient bestätigt dies unmittelbar darauf, was der Arzt seinerseits ratifiziert:

#### #7 API2 (03:52-04:02)

```

01 A:    und äh' war=n die BLUTfette dann erhöht,
02      (.) bei ihnen?
03      (1.1)
04 P:    pfh:-
05      (-)
06 A:    wissen sie nich;
07 P:    'hm' hm-
08 A:    hmhm,
09      (2.3) DIAbetes ham sie nich;
```

Hier ist das wechselseitige Verstehen vor allem der sequenziellen Organisation geschuldet: Der Arzt fragt zunächst nach, ob bei einer früheren Untersuchung Blutfette erhöht gewesen seien; der Patient antwortet nach einer kurzen Bedenkzeit mit der nichtlexikalisierten Antwortpartikel *pfh:-*<sup>70</sup> und der Arzt expliziert diesen Laut, wobei er seine Explikation fragend intoniert und damit eine Stellungnahme des Patienten zu seiner Explikation einfordert, die dieser dann auch liefert. Die E-DSF des Arztes ist an dieser 3. Position zugleich auch

<sup>70</sup> „Sound object“ im Sinne von Reber (i. Vorb.). Im vorliegenden Fall bleibt unklar, ob der Patient nicht weiß, ob seine Blutfette erhöht waren, oder ob er nicht weiß, was Blutfette sind. Zu Beginn des Gesprächs hatte der Patient selbst eingebracht, dass bei einer früheren Untersuchung Cholesterinwerte erhoben wurden; bei dieser Gelegenheit wurden erhöhte Leberwerte festgestellt, die zur Überweisung und zu diesem Gespräch geführt hatten. Möglicherweise hat der Arzt mit dem Versuch einer einfacheren Formulierung ein Verstehensproblem beim Patienten also überhaupt erst erzeugt.

eine – negativ polarisierte – Bewertung der Antwort des Patienten auf die vorhergehende Frage des Arztes. Auffällig bei diesem Vorgehen ist, dass der Arzt die thematische Ebene wechselt und die Metaebene des Wissens anspricht.

Ausgangspunkt der E-DSF ist aber die Unbestimmtheit der Antwort, die der Arzt mit seiner Frage zu vereindeutigen sucht – hier wird also der definitivische Charakter, der DSF eigen ist, deutlich. Der Arzt hat damit auch Erfolg, was er mit *hmhm* bestätigt, bevor er mit weiteren explorativen Aktivitäten fortfährt.

Im nächsten Gesprächsausschnitt zieht der Arzt eine Schlussfolgerung aus den Darstellungen der Patientin zu ihren Beschwerden und aus ihrem leidenden Sprachausdruck.

#8 IA\_MR\_01 (00:08-00:23)

01 P: gut=n tag doktor;  
 02 ich bin nämlich SO: 'erKÄLTET;  
 03 (.) ich [werd ] de erkältung gar net los-  
 04 A: [n=ja-]  
 05 a:ch du lieber gott;  
 06 P: hab se schon VIERzehn TA::che;  
 07 hab ich=[schon hinner] mir-  
 08 A: [hmja- ]  
 09 (---) **QUÄLT sie schon richtig-**  
 10 P: ja ja;  
 11 (1.2)  
 12 A: hm::,  
 13 (1.0)  
 14 P: dann hab ich immer schon HU:STENTee  
 15 getrunken und [alles] 'abber,

Die Patientin bestätigt die Schlussfolgerung des Arztes und dieser bestätigt wiederum ihre Antwort, bevor die Patientin mit ihrer Beschwerdenschilderung fortfährt.

Der Arzt macht deutlich, dass er die Schilderungen der Patientin als über das übliche Maß einer Erkältung hinausgehend versteht, und dass dies einen expliziten Ausdruck von Mitgefühl und die Nachfrage nach der Befindlichkeit sinnvoll macht. Die E-DSF hat hier, wie schon der erste Einwurf des Arztes: *a:ch du lieber gott*; (Z. 05) auch die Funktion eines empathischen Kommen-



tars, der allerdings das Potenzial besitzt, einen Themenwechsel auf die Befindlichkeitsebene vorzunehmen. Die Patientin reagiert jedoch nicht auf dieses Potenzial, obwohl ihr der Arzt mit der markanten Pause von 1,2s den Slot bereit hält, und auch sein auffällig langgezogenes Bestätigungssignal *hm::* mit der anschließenden Pause der Patientin gute Gelegenheit böte, das Thema ihrer Befindlichkeit aufzugreifen. Der Subjekt-elidierte Einwurf des Arztes bezieht sich dabei auf mehrere Äußerungseinheiten in den beiden vorhergehenden Turns der Patientin, mit der Implikation eines empathischen Kommentars aber zugleich auch implizit auf seinen ersten Einwurf.

Resultat der Aushandlung des zweiten Einwurfs ist jedenfalls die wechselseitig ratifizierte intersubjektive Bestimmung der Befindlichkeit. Auch hier wechselt der Arzt von der thematischen Ebene der Darstellung einzelner Beschwerdelemente (*erkältet sein ... die Erkältung nicht los werden ... schon vierzehn Tage lang*) zur (Meta-)Ebene der Befindlichkeit und Beschwerdewahrnehmung der Patientin.

Der folgende Gesprächsausschnitt zeigt noch deutlicher die Explikation eines längerfristig interaktiv entwickelten Beschwerdezusammenhangs mit der E-DSF:

#9 IA\_MR\_03 (02:16-03:01)

01 A: ['hmhm is <<f>da wie so=n] KLOß>gefühl da  
 02 unten drin?  
 03 (---)  
 04 P: (...) (.) (na minze) (...) (ständischen)  
 05 geschmack von hier unten-  
 06 geht das [hier hoch-]  
 07 A: [mhm ]  
 08 mhm-  
 09 P: <<p>so und immer so EIter (...)>-  
 10 A: hmhm;  
 11 P: <<p>so fühlt sich das immer an->  
 12 (--) ((räuspern))  
 13 und immer MO:Rgens hab ich [au immer-]  
 14 A: [hmhm; ]  
 15 (-)  
 16 P: ä:h nach m ZÄHNEputzen  
 17 <<acc>dann hab ich noch immer n BISSchen>  
 18 (.) BISSchen;

19 SCHLEIM sovorn im rachen ne,  
20 (--) <<p>immer so n sch so n>  
21 NUR MO:rgens ne-  
22 (-) <<acc>un da hatte der herr mohn auch  
23 gesagt> da wär HIER äh (.) wär irgendwas:;  
24 (--) <<p>in der [mund]höhle>-  
25 A: [hm:;]  
26 P: (--) und da hab ich TROPfen jekricht-  
27 so [JOD ](.)NASentropf=n-  
28 A: [hmmh;]  
29 P: (--) <<p>und dann bin ich auch nimmer  
30 HINgegangen>;  
31 A: hm:;  
32 P: <<p>weil das immer so UMständlich war>-  
33 A: hmmh;  
34 P: <<p>nach ESCHwege hinzufahrn>;  
35 A: **sie sind 'Eigentlich so mit ihrem GANzen**  
36 **hals NASen bereich nicht zuFRIEDEN hab ich**  
37 **den eindruck-**  
38 P: nee: HAB ich schon als kind immer alles;  
39 [immer] MANDELentzündung und alles-  
40 A: [hm:, ]  
41 P: op und alles [mögliche] schon ganz viel  
42 A: [hmmh; ]  
43 P: gemacht;  
44 A: hm:-  
45 (-)  
46 P: und O:HRENSchmerzen ABER [auch;]

Die Patientin berichtet ausgehend von einer akuten Heiserkeit ausführlich über ihre lange Leidensgeschichte. Der Arzt fasst diese Leidensgeschichte in abstrahierender Weise zusammen, fokussiert dabei aber ebenfalls und, durch *Eigentlich*, schlussfolgernd auf die (Meta-)Ebene der Beschwerdenwahrnehmung. Die Patientin bestätigt diese Interpretation und macht weitere Ausführungen zu dem vom Arzt angesprochenen Körperfeld.<sup>71</sup>

<sup>71</sup> Hier fällt auf, dass der Arzt ausdrücklich Hals und Nase erwähnt, nicht aber Ohren, die in Deutschland üblicherweise zu einem gemeinsamen Facharztgebiet (Hals-Nasen-Ohren-Arzt) gehören; die waren aber bis dato von der Patientin nicht erwähnt worden, was zeigt, dass der Arzt sich direkt an den Äußerungen der Patientin orientiert und nicht an seinen medizinischen Kategorien – kurz darauf thematisiert die Patientin jedoch ihrerseits Ohrenschmerzen als Bestandteil ihres gesamten Beschwerdebildes (Z. 46).

Die Zusammenfassung und Schlussfolgerung des Arztes dient hier der Komplexitätsreduktion<sup>72</sup> einer vielfältigen und ausführlichen Beschwerdenschilderung und der Herstellung von intersubjektivität auf einem allgemeineren Abstraktionsniveau. Dies gelingt hier wohl hinsichtlich der gemeinsamen Definition eines Körperfeldes, nicht aber hinsichtlich des Versuchs der Fokussierung auf die Beschwerdenwahrnehmung der Patientin als Redegegenstand.

Alle drei Beispiele zeigen deutlich den Wechsel von der Ebene der angesprochenen Sachverhalte auf eine übergeordnete Ebene. Ein solcher Wechsel findet sich regelmäßig bei E-DSF, er betrifft die kommunikative, epistemisch-kognitive oder emotionale Metaebene der Patienten bzw. deren Schilderungen, also ihr Kommunikationshandeln, ihre Kognitionen (Wissen, Wahrnehmung, Einschätzung) und ihr psychisches Erleben (Befinden, Gefühle).

### 3.8 Exkurs: Der Einsatz von DSF-Typen und Stile ärztlicher Gesprächsführung

Die vorgenommene differenzierte Untersuchung von Deklarativsatzfragen macht es nun auch sinnvoll, die Verteilung der verschiedenen Formen von DSF bei Ärzten auch quantitativ zu erfassen. Unterschieden werden dabei die beiden Formen propositions-referierende (Wiederholung, Paraphrase, Explikation) und komplettierende DSF (n=273).

<b>Wiederholung</b>	7%
<b>Paraphrase</b>	13%
<b>Explikation</b>	42%
<b>Komplettierungsfragen</b>	25%
<b>Rest</b>	13%

Tabelle 4: DSF-Fragetypen

Danach ergibt sich über alle untersuchten Gespräche, dass E-DSF mit 42% den häufigsten Fragetyp bei DSF bilden, Ärzte also mit mehr als zwei Fünftel ihrer Fragen Aspekte der Beschwerdenschilderung eigenständig weitergehend zusammenfassen, abstrahieren oder interpretieren. Ein Viertel aller Fragen sind Komplettierungsfragen, mit denen medizin-systematisch zusätzliche Aspekte des Beschwerdengeschehens erfragt werden. Paraphrasen, mit denen

<sup>72</sup> Zu Formen und Verfahren der Komplexitätsreduktion siehe Deppermann/Spranz-Fogasy (1998).

der Arzt Darstellungen des Patienten und sein Verständnis davon in eigenen Worten referiert, machen 13% aller Fragen aus, während Wiederholungsfragen relativ selten sind.

Auffällige und interessante Unterschiede ergeben sich noch, wenn man bei der Verteilung der DSF-Typen die jeweilige biomedizinische oder psychosoziale Orientierung der Ärzte bzw. die damit verbundenen unterschiedlichen Konzepte der Gesprächsführung berücksichtigt. Hier ergab die Auswertung folgendes Bild:

	<b>psychosozial orientierte Ärzte</b>	<b>biomedizinisch orientierte Ärzte</b>
<b>Wiederholung</b>	3%	11%
<b>Paraphrase</b>	19%	10%
<b>Explikation</b>	→ <b>69%</b>	27%
<b>Komplettierungsfragen</b>	6%	→ <b>35%</b>
<b>Rest</b>	3%	17%

Tabelle 5: DSF-Fragetypen und die Verteilung auf Ärzte mit unterschiedlichen Paradigmen

Eklatant sind die Unterschiede vor allem bei den Explikations-DSF und den Komplettierungsfragen: Psychosozial orientierte Ärzte versuchen demnach, die Beschwerdenschilderungen der Patienten nachzuvollziehen und selbst mitdenkend weiter zu explizieren. Sie setzen nur sehr wenige Fragen ein, die sich aus ihrem medizinisch-systematischen Wissen speisen (6%). Biomedizinisch orientierte Ärzte dagegen operieren in der Regel schnell und oft mittels Komplettierungsfragen, die sich aus ihrem medizinischen ‘Fundus’ herleiten lassen. Fasst man noch die verstehensdokumentarisch ‘höherwertigen’ DSF-Typen Paraphrase und Explikation zusammen, so ergibt sich, dass psychosozial orientierte Ärzte in fast 90% ihrer DSF vor allem auch ihr eigenes Verstehen dokumentieren und dies zu präzisieren suchen, gegenüber lediglich 37% bei biomedizinisch geprägten Ärzten. Letztere wiederum operieren in 35% der DSF vor allem auf der Basis ihres eigenen medizinisch-systematischen Wissens, das zwar durch Darstellungen der Patienten angeregt, nicht aber für diese erkennbar daran angeschlossen ist. Solche verstehensdokumentarisch reduzierten Komplettierungsfragen setzen psychosozial orientierte Ärzte offensichtlich nur in wenigen Fällen und bei relevantem Bedarf ein – und in aller

Regel auch erst spät im Rahmen der Beschwerdenexploration. Wie an anderer Stelle gezeigt wurde (Spranz-Fogasy 2005), sind Komplettierungsfragen vielfach für Patienten intransparent und ohne thematische Bindung und erschweren damit das wechselseitige Verstehen, das für den Abgleich des subjektiven Beschwerdenwissens von Patienten mit dem medizinisch-systematischen Wissen von Ärzten notwendig ist.

### **3.9 Verstehensdokumentation in ärztlichen Fragen**

Ärztliche Fragen im Rahmen der Beschwerdenexploration besitzen nicht nur, wie vielfach untersucht, projektive Kräfte zur Organisation des im ärztlichen Gespräch notwendigen Wissensabgleichs. Sie ordnen ebenso, mit jeweils unterschiedlicher Reichweite, regelmäßig die bis dato verhandelten Themenaspekte auf und dokumentieren den erreichten Stand intersubjektiver Verständigung. Bedeutsam dafür sind aber nicht nur die semantischen Eigenschaften, sondern auch strukturelle Eigenschaften des Aktivitätstyps 'Frage', wie die syntaktische Struktur und sequenzielle sowie interaktionstypologische Organisationsmerkmale.

Die drei syntaktisch definierten Fragetypen W-Frage, Verb-Erststellungsfrage und Deklarativsatzfrage dokumentieren in systematischer Weise und aufeinander aufbauend Stadien des Verstehens. Dies reicht von der Dokumentation der grundlegenden Anerkennung eines gemeinsamen Redegegenstandes in W-Fragen über die – zumindest vorläufige – Anerkennung kategorialer Strukturen in Verb-Erststellungsfragen bis zur Akzeptanz der Existenz des in Rede stehenden Weltsachverhalts und der propositionalen Wahrheit und Gültigkeit von Aussagen in Deklarativsatzfragen. Allein schon durch ihre syntaktische Struktur und den damit verbundenen gestuften Verstehensstatus besitzen die drei Fragetypen damit also das Potenzial zur Erzeugung einer Verständigungsbasis als Voraussetzung zur Bildung von Intersubjektivität im Rahmen einer interaktionstypologisch organisierten Aufgabenstellung, in der grundlegende Wissens- und Betroffenheitsasymmetrien zwischen den Beteiligten vorherrschen: das subjektive Beschwerdenwissen des Patienten und die damit verbundene persönliche Betroffenheit einerseits und das medizinisch-kategoriale Wissen des Arztes mit seiner professionell-distanzierten Haltung andererseits. Mit der Auswahl des Fragetyps verdeutlicht der Arzt also immer, was er bisher vom Patienten verstanden hat und zugleich auch, was er darüber hinaus für ein ausreichendes Verständnis der Beschwerden noch an Informationen benötigt.

Sequenzorganisatorische Eigenschaften stellen für den Aktivitätstyp 'Frage' dann eine zweite Ressource der Verstehensorganisation bereit. Was für Antworten generell gilt und schon vielfach im Rahmen der Diskussion konditioneller Relevanz gezeigt wurde, sind die Aktivitätszwänge, die von ersten Teilen von Nachbarschaftspaaren auf nachfolgende zweite Teile ausgeübt werden.<sup>73</sup> Umgekehrt konnte gezeigt werden, dass nachfolgende Teile *im Nachhinein* die interaktive Bedeutung vorausgehender Aktivitäten mit- oder gar neu definieren.<sup>74</sup> Auch Fragen sind, obwohl Paradebeispiel der konversationsanalytischen Forschung für 'first pair parts', strukturell gesehen dem vorangehenden Interaktionskontext verpflichtet: sowohl durch die Notwendigkeit der Einpassung in das lokale Geschehen und Dokumentation der Bezugnahme als auch durch die Berücksichtigung übergreifender sequenzorganisatorischer Verpflichtungen. All dies muss in Aktivitäten zur Platzierung von Fragen, in lexikalischen und syntaktischen Bezugnahmen ebenso verdeutlicht werden, wie in der Rückbindung an übergreifende Sequenzstrukturen. Im Falle ärztlicher Fragen in der Beschwerdenexploration sind dies vorangegangene Äußerungen des Arztes selbst, deren Bearbeitung durch den Patienten im dritten Sequenzschritt vom Arzt wiederum bewertet wird und, noch übergreifender, der Bezug zur Gesprächseröffnung und Aufforderung zur Beschwerdenschilderung durch den Arzt, die den sequenzorganisatorischen und dadurch kohärenzbildenden Rahmen stiften.<sup>75</sup> So ist zwar manchmal für den Patienten nicht erkennbar, wie sich eine ärztliche Frage motiviert, wenn sie nicht direkt an seine Äußerungen anschließt (wie bei Präzisierungsfragen), ob der Arzt also sein medizinisch-kategoriales Wissen aktiviert oder externes Wissen aus Patientenunterlagen etc. bezieht (wie bei Komplettierungsfragen) – dass diese Fragen aber noch im Rahmen der vom Arzt angestoßenen Sequenzstruktur operieren, stellt verstehensdokumentarisch und -organisierend zumindest einen bestimmten Rahmen dar, an den alle Aktivitäten bis auf Weiteres angebunden sind.

Auch der von den Gesprächsteilnehmern hergestellte Interaktionstyp hält schließlich für den fragenden Arzt noch eigene Ressourcen der Verstehensorganisation bereit. Mit ihm sind, wie in Kapitel 2 ausgeführt, Handlungsaufga-

<sup>73</sup> Für den hier diskutierten Zusammenhang medizinischer Kommunikation siehe beispielsweise Boyd/Heritage (2006).

<sup>74</sup> So definiert beispielsweise die Problematisierung einer Behauptung die Bezugsäußerung als Bestandteil einer Argumentationssequenz; siehe Spranz-Fogasy (2006).

<sup>75</sup> Hier geht es fokal um übergreifende Sequenzstrukturen und deren Orientierungs- und Kohärenzbildungsfunktion im Sinne von Schegloff (1990), die sich im Falle der handlungsschematischen Phase der Beschwerdenschilderung allerdings weitgehend mit interaktionstypologischen Strukturen ärztlicher Gespräche decken.

ben, -rechte und -pflichten verbunden. Dazu gehört für den Arzt, sich mittels explorativer Tätigkeiten ein Bild von den Beschwerden zu machen, das zur Ausarbeitung einer dann auch die Therapie anleitenden Diagnose ausreichend ist. Fragen dokumentieren deshalb auch immer, positiv und ex negativo zugleich, den lokal erreichten Stand intersubjektiver Verständigung *und* dessen Lücken.

Insbesondere Deklarativsatzfragen zeigen dabei den Fortschritt im Prozess der interaktiven Verständigung an. Ihnen gemeinsam ist, dass der Arzt damit weitgehende Gewissheit hinsichtlich der darin formulierten Proposition dokumentiert. Die Subtypen dieses syntaktischen Fragetyps – Wiederholung, Paraphrase und Explikation – reflektieren dabei einen ansteigenden Grad der Übernahme bzw. des Verständnisses der Beschwerdendarstellungen insgesamt oder von Teilen davon. Paraphrasen machen dabei ein Angebot an den Patienten, die beiden ‘Denkwelten’ von Arzt und Patient in partiell intersubjektive Deckung zu bringen. Mit Explikationen geht der Arzt dann aber noch über die Beschwerdenschilderungen des Patienten hinaus und dokumentiert ein Verständnis tiefer liegender oder allgemeinerer Aspekte und Schichten des Beschwerdengeschehens. Dies ist dann, im Sinne des ‘agenda-setting’, ein Angebot, gemeinsam die Suche nach einem grundlegenden Verständnis aufzunehmen. Der stete Wechsel von Deklarativsatzfragen mit Explikationscharakter auf die kognitive, kommunikative oder psychische Metaebene ist dann auch Ausdruck des Bemühens um tiefer begründete Intersubjektivität.

Die Untersuchung ärztlicher Fragen zeigte, dass Ärzte einen durchaus erheblichen Teil ihrer explorativen Aktivitäten explizit oder implizit der Dokumentation ihres Verständnisses der Beschwerdenschilderungen von Patienten widmen. Dies wird erleichtert durch eine ganze Reihe interaktionsorganisatorischer Vorkehrungen, die systematisch in strukturelle Eigenschaften der syntaktischen, sequenziellen und interaktionstypologischen Organisation eingebaut sind. Dazu gehören, unter anderem, die Anzeige des Verstehensstatus durch den syntaktischen Fragetypus, Formen der reformulierenden oder explizierenden Bezugnahme, die Kohärenz herstellenden Möglichkeiten und Zwänge sequenzieller Positionierung mit retrospektiven Bezügen und prospektiven Projektionen oder die interaktionstypologisch verbürgten Lizenzrechte zur Exploration.

Im Folgenden soll es nun um die ‘andere Seite’ gehen, um die Reaktionen der Patienten auf ärztliche Fragen und die Dokumentation des Verstehens dieser Fragen in Antworten.



#### 4. Die andere Seite – Patientenantworten

Im Unterschied zu ärztlichen Fragen wurden die Antworten von Patienten als eigenständige kommunikative Handlungen relativ selten untersucht. Zumeist wird nur geprüft, inwiefern Antworten strukturelle Vorgaben von Fragen erfüllen oder nicht erfüllen bzw. ob sie gemäß dem konversationsanalytischen Konzept der Präferenzorganisation<sup>76</sup> als präferierte oder dispräferierte Reaktionen zu bewerten sind (beispielsweise Boyd/Heritage 2006). Oder es geht um die Auswirkungen bestimmter lexikalischer Wahlen wie der positiven oder negativen Polarisierung von Äußerungen, die den Gewissheitsstatus hinsichtlich einer Proposition anzeigt (ebd.). Heritage et al. (2007) zeigen, dass im Englischen die Wahl zwischen *some* und *any* kriterial dafür ist, welche Antworterwartungen Ärzte haben und dass sie damit vielfach eine bestätigende Reaktion und einen reibungslos(er)en Interaktionsprozess erzeugen bzw. zu erzeugen suchen.

Stivers/Heritage (2001) haben aber auch schon darauf hingewiesen, dass Patienten ihren Antwortraum regelmäßig dazu nutzen, 'lifeworld narratives' einzubringen, die im restriktiven Rahmen der Beschwerdenexploration nicht direkt erfragt wurden, die die Patienten aber in diesem Kontext für relevant halten. Die Autoren machen deutlich, dass darin ein wichtiges Potenzial verborgen liegt, mehr über Patienten zu erfahren, und damit die Behandlung zu unterstützen.

Im folgenden Teil dieses Beitrags sollen Patientenantworten hinsichtlich der darin enthaltenen Verstehensdokumentationen untersucht werden. Zunächst werden Resultate einer quantitativen Auswertung der Relationen von Fragen und Antworten dargestellt, die zeigen, dass Patienten ihren Antwortraum sehr regelmäßig zu umfangreicheren Darstellungen nutzen (Kap. 4.1). Dies bot Anlass, das Verhältnis zwischen Frageskopos und Antwort zu untersuchen (Kap. 4.2). Die anschließende qualitative, exemplarische Analyse einer Beschwerdenexploration (Kap. 4.3) zeigt, dass Patienten den ärztlichen Fragen nicht nur hinsichtlich ihrer literalen Formulierung nachkommen, sondern in ihren Antworten Präsuppositionen, mögliche Folgefragen und ärztliche Relevanzstrukturen berücksichtigen bzw. mitbearbeiten. Die Ergebnisse der Einzelfallanalyse werden dann zu systematisieren gesucht (Kap. 4.4). Schließlich werden auch noch auf den literalen Sinn einer Frage reduzierte Antworten und deren systematische Hintergründe untersucht (Kap. 4.5).

<sup>76</sup> Zum Konzept der Präferenzorganisation siehe Bilmes (1988), Gruber (2001), Levinson (2000), Pomerantz (1984) und Schegloff (2007, S. 58ff.).

#### 4.1 Quantitative Auswertungen von Patientenantworten

Antworten stellen die interaktive Erfüllung konditioneller Relevanz dar, die durch vorhergehende Aktivitäten vom Typus Fragen erzeugt wird.<sup>77</sup> Antworten sind jedoch wesentlich heterogener hinsichtlich ihrer interaktiven und syntaktischen Struktur: So genügen oft schon nonverbale Zeichen der Zustimmung oder Ablehnung wie Nicken oder Kopfschütteln als Antworten auf Fragen, wie auch Antwortpartikel wie *mhm*, *ja* oder *nein* diese Funktionen schon erfüllen können. Und das Spektrum von Antwortmöglichkeiten reicht dann weiter von phraseologischen Ausdrücken und elliptischen Anschlüssen über satzwertige Äußerungen bis hin zu ausgebauten Erzählungen oder anderen Formen komplexer Darstellungsmuster.

Natürlich können auch andere Reaktionen auf Fragen – wie z.B. Gegenfragen – Antworten (vorläufig und teilweise längerfristig) suspendieren (siehe Schegloff 1990 und 2007) und dadurch Einschubsequenzen erzeugen.<sup>78</sup>

Während nun W-Fragen aufgrund ihres Charakters als Ergänzungsfragen umfangreiche und komplexe Antworten erwarten lassen, sollten die Entscheidungs- bzw. Ratifikationsfragen der syntaktisch definierten Fragetypen V1- und Deklarativsatzfrage eher kurze, bestätigende oder verneinende Reaktionen zeitigen. Insbesondere in der anwendungsbezogenen Literatur wie auch in den Leitfäden zur ärztlichen Gesprächsführung werden diese Fragetypen in offene und geschlossene Fragen unterschieden, und es wird regelmäßig zur Vermeidung geschlossener Fragen geraten.<sup>79</sup>

Auswertungen der Patientenreaktionen auf die verschiedenen Fragetypen nach der Wortanzahl, mit der sie eine Frage behandeln, zeigen aber, dass zwar W-Fragen, also ‘antwortoffene’ Ergänzungsfragen, mit durchschnittlich 13,2 Wörtern am ausführlichsten bearbeitet werden, V1-Fragen aber mit 10,2 und Deklarativsatzfragen sogar mit 12,5 Wörtern nur knapp dahinter folgen. Ausgewertet wurden dabei die Reaktionen auf alle 535 ermittelten Fragen des hier zugrundeliegenden Korpus, wobei berücksichtigt werden muss, dass Ärzte durchaus häufig mehrere Fragen unmittelbar hintereinander schalten und Patienten sich in ihrer Antwort zumeist auf eine – meist die letzte – Frage bezie-

<sup>77</sup> Zum Prinzip der konditionellen Relevanz siehe Schegloff (2007, S. 13ff.).

<sup>78</sup> Solche Einschubsequenzen werden im Rahmen dieser Untersuchung zwar als dispräferierte Antworten gewertet, aber nicht eigens behandelt; siehe dazu Levinson (2000, S. 363).

<sup>79</sup> Siehe beispielsweise Geisler (2008 und in [http://www.linus-geisler.de/ap/ap07\\_frage.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap07_frage.html) (Stand: November 2009)) sowie Lalouschek (2004), Menz/Lalouschek/Gstettner (2008), Nowak (2010) und Silverman/Kurtz/Draper (2005).

hen. Bei allen Antworten wurde die Wortanzahl gemäß den Bezugsfragen ausgewertet, bei mehrstufigen Antworten wie im folgenden Beispiel wurden beide Bezugsfragen berücksichtigt.

#10 AA\_HD\_01 (03:53-04:14)

```

01 P:    also GEstern war ich so spaZIER=N und
02        (.) war=s ganz gu::t,
03        un (--) IRGENDwann merk ich-
04        (.) <<t>UH:: ich muss mich konzentrieren
05        ne;>
06        (-) 'also (1.1) (...),
07        (3.3) ((Schreibgeräusche))
08 A:    UM nich <<h>UMzufallen?
09        oder um nich (.) auszuflippen>;
10        [oder was heißt] konzenTRIERN,
11 P:    [nö:::      ]
12 A:    [wie meinst]
13 P:    [also ich  ] muss KONzentrieren damit ich
14        mitkrieg was der andere sa:cht,
15        [oder ]
16 A:    [ja::;]
17 P:    ich hab auch 'ANGST dass ich s dann
18        (.) wieder verGESSE <<knarrend>ne--

```

In diesem Ausschnitt behandelt die Patientin mit ihrer Negation *nö:::* (Z. 11) zunächst die an ihre eigene Darstellung im Deklarativsatz-Format fragend angeschlossenen Interpretationsvorschläge des Arztes *UM nich <<h>UMzufallen? oder um nich (.) auszuflippen>;*, bevor sie selbst den Sinn des von ihr eingebrachten Ausdrucks *konzentrieren* als Reaktion auf die W-Frage *[oder was heißt] konzenTRIERN*, erläutert. Hier wurde also *nö:::* als Einwort-Antwort auf eine Deklarativsatzfrage gewertet und die folgende Passage als Antwort mit 22 Wörtern auf die W-Frage.

Die Ergebnisse zeigen jedenfalls, dass das Konzept der offenen Ergänzungs- versus geschlossenen Entscheidungsfragen in dieser Hinsicht problematisch ist und nicht pauschal aus der Vielzahl geschlossener Fragen eine direktive bzw. von vielen offenen Fragen eine besonders verständigungs- und patientenorientierte Gesprächsführung abgeleitet werden kann.<sup>80</sup>

<sup>80</sup> Zur Kritik an dieser Unterscheidung siehe auch Nowak (2010), Robinson/Heritage (2006) und Spranz-Fogasy (2005).

Der Zuschnitt der Reaktionsmöglichkeiten von Patienten durch die oben dargestellten syntaktischen Fragetypen V1-Frage und DSF, der (scheinbar) kommunikative Ökonomie verspricht, ist aber dennoch strukturell in zweierlei Hinsicht problematisch: (1) Antworten werden dem Patienten in den Mund gelegt und (2) Widerspruch muss umso aufwändiger bearbeitet werden (was Patienten durchaus scheuen können).

Allerdings belegen die oben angeführten Zahlen zum Antwortverhalten ohnedies nicht den Effizienzerfolg einer zunehmend einengenden Fragestrategie – umgekehrt lässt sich vermuten, dass es die mit DSF vermittelte Verstehenslage Patienten im Sinne eines ‘agenda-setting’<sup>81</sup> auch ermöglichen kann, das Thema ausführlicher zu behandeln.

Die Auswertung der Patientenreaktionen hinsichtlich präferierter und dispräferierter Antworten ergibt folgendes Bild: Insgesamt wird auf 18,6% aller Fragen dispräferiert reagiert. Eine nach Fragen hinsichtlich der lexikogrammatischen Eigenschaften differenzierte Auswertung zeigt aber eklatante Unterschiede:

- Auf WF wird nur sehr selten, in 3,6% aller Fälle, dispräferiert, d.h. beispielsweise mittels Deplatzierungsmarker oder Gegenfrage reagiert.
- DSF erfahren in 14,2% der Fälle eine negative Reaktion.
- V1-F dagegen werden häufig (in 36,4% der ausgewerteten Fälle) mit nicht erwarteten Reaktionen bearbeitet.

Erklärbar wird damit auch die relativ hohe durchschnittliche Wortanzahl in Patientenantworten: dispräferierte Reaktionen erfordern einen höheren Bearbeitungsaufwand.

<b>Fragetyp</b>	<b>durchschnittliche Antwortlänge in Wörtern</b>	<b>Dispräferierte Antworten</b>
<b>W-Frage</b>	13,2	3,6%
<b>V1-Frage</b>	10,2	36,4%
<b>Deklarativsatzfrage</b>	12,5	14,2%
<b>Alle</b>	11,9	18,6%

Tabelle 6: Antworten auf syntaktische Fragetypen in Arzt-Patient-Gesprächen

<sup>81</sup> ‘Agenda-setting’ mittels Fragen bezieht sich auf Themen- und Handlungsaufgaben, denen der Patient nachkommen soll, beispielsweise Symptombeschreibungen, subjektive Krankheitstheorien, Klärungen etc. (Manning/Ray 2002).

Obwohl dispräferierte Reaktionen bei DSF deutlich niedriger sind als bei V1-F, ist die Wortanzahl der Reaktionen relativ hoch. Es gibt jedoch eine ‘entweder-oder’-Reaktion, also entweder eine ja/nein-Minimalreaktion, oder es wird – im Sinne des ‘agenda-setting’ – ein anderes Thema bzw. eine andere Handlungsaufgabe in Folge von DSF etabliert und ausführlich bearbeitet (dies zeigen auch die relativ häufigen kurzen Antworten (1-3 Wörter) auf DSF, die etwa ein Drittel der Reaktionen ausmachen und den Durchschnitt senken).

## 4.2 Frageskopos und Antwortüberschuss

Die Antworten von Patienten auf ärztliche Fragen sind aber nicht nur quantitativ umfangreicher, sie sind auch inhaltlich differenzierter und elaborierter, als dies v.a. die Vielzahl von Entscheidungsfragen (V1- und Deklarativsatzfragen) und die von Stivers/Heritage (2001, S. 151) als „restrictive environments“ charakterisierten Kontexte ärztlicher Gespräche insbesondere in der Phase der Beschwerdenexploration erwarten ließen.

Dies betrifft zum einen formulatorische Eigenschaften wie die (manchmal sogar hyperbolische) Verstärkung oder die Abschwächung der Aussagen. So macht die Patientin im folgenden Ausschnitt innerhalb kürzester Zeit deutlich, dass sie die einzelnen Symptome ihrer Krankheit für weniger bedeutsam hält, hingegen die zeitliche Dauer und die damit verbundene Belastung für sie im Vordergrund steht:

#11 IA\_MR\_01 (00:23-00:40)

```

01 A:    was haben sie denn AUßer husten noch für
02        beschwerden;
03        (---)
04 P:    och soweit=;
05 A:    =KOPFschmerzen oder [SCHNUpfen oder;]
06 P:    [JA das is      ] (wohl
07        nich [so gut] un)-
08 A:    [hmh-   ]
09 P:    <<h>schnupfen eigentlich GA:R nit>,
10        'also nurmehr,
11        (-) <<knarrende>HUsten und>-
12        (--) ich habed mol ne KOPFwehtablette
13        [<<knarrend>eingenommen>-]
14 A:    [ja::      ] ja: (.) mhm:,
15        (---) un WIE LANG geht das jetzt schon

```

16           sachten [sie-]  
 17 P:               [och ] schon bald vierzehn TA:che  
 18           hab ich das schon in mir-

Im Kontrast zu den abschwächenden Formulierungen *och gott soweit, wohl nich so gut, eigentlich GA:R nit, nurmehr* und *mol* in der Antwort auf die erste Frage steht hier die verstärkende Wiederholung des Zeitadverbs *schon* und Verwendung der Gradpartikel *bald*, wie auch die prosodische Hervorhebung der Angabe des Zeitraums *vierzehn TA:che* bei der zweiten Antwort.

Mit solchen formulatorischen Mitteln machen Patienten ihren Ärzten deutlich, welche Relevanzen sie selbst einzelnen Aspekten des Beschwerdengeschehens zuweisen und was dementsprechend ihre Anliegen sind.<sup>82</sup>

Viele Antworten von Patienten weisen darüber hinaus aber auch und in systematischer Weise weitere Eigenschaften auf, die zum Teil sehr weit über den Frageskopos hinausreichen.<sup>83</sup> Dabei handelt es sich aber nicht immer, tatsächlich sogar eher selten, um lebensweltliche Informationen, wie sie Stivers/Heritage (2001) analysieren. Vielmehr gehen Patienten in ihren Antworten mit implizit gebliebenen bzw. von ihnen an den ärztlichen Fragen wahrgenommenen Fragemotiven sowie mit Antizipationen möglicher Folgen ihrer Antworten um. Es gibt auf diese Weise relativ zum Frageskopos im engeren linguistischen Sinne einen regelmäßigen ‘Überschuss’ in Patientenantworten, der noch systematischer das sequenzielle Format sprengt, als dies schon Stivers und Heritage in ihrer Titelformulierung unterstellen<sup>84</sup> – richtig ist jedenfalls ihre Beobachtung, dass Patienten häufig mehr antworten, als sie gefragt werden.

Balints Verdikt über Fragen, die Antworten erzeugen, sonst aber nicht viel (Balint 2001, S. 180), stimmt so sicher nicht. Patienten handeln in der Regel trotz interaktionstypologischer und zeitlicher Beschränkungen – die sie selbst aber auch antizipieren und berücksichtigen – mit ihren Ärzten aus, was ihre Beschwerden sind oder wie sie Diagnosen und Therapievorschlüsse verstehen.

Bei der Fülle an zusätzlichen Aspekten, die Patienten in ihren Antworten einbringen, fallen umgekehrt dann sogar eher reduzierte Antworten auf, also sol-

<sup>82</sup> Zu Relevanzmarkierungen von Patienten siehe Sator (2003). Zum Anliegen als spezifischen Bestandteil von Beschwerdenschreibungen siehe Nothdurft (1986). Ärzte haben, so zeigen Untersuchungen von Heritage et al. (2007), gegenüber der Vielfalt thematischer Expositionen von Patienten die Tendenz, die häufig vorkommenden mehrfachen Anliegen von Patienten zu reduzieren.

<sup>83</sup> Zum Verhältnis von Frage, Antwort und Fokus siehe Reich (2003).

<sup>84</sup> Der Titel lautet „Breaking the sequential mold: Answering ‘more than the question’ during comprehensive history taking“.

che, die tatsächlich im linguistisch engeren Sinne nur ‘bei der Frage bleiben’. Systematisch sind solche Reduktionen beispielsweise bei ärztlichen Fragen, die erkennbar Interviewleitfäden entstammen, aber auch gelegentlich bei Fragen, die auf psychisch problematische Aspekte abheben, wie z.B. bei vielen der oben in Kapitel 3.7 behandelten Explikationsfragen. Diese und andere Formen reduzierter Antworten werden später ausführlicher behandelt (Kap. 4.5).

Die meisten Antworten von Patienten verändern dagegen den Frageskopos, sie erweitern oder schränken ihn ein, präzisieren oder korrigieren ihn, sie beziehen zusätzlich noch Aspekte zurückliegender Beiträge ein oder weisen implizite Kritik zurück usw. Unter einer verstehenstheoretischen Perspektive dokumentiert der veränderte Antwortzuschnitt dann auch, dass Patienten mehr und Anderes verstehen, als ihre Ärzte sie faktisch fragen. Antworterweiterungen und andere Antwortvariationen des Frageskopos dokumentieren ein Verständnis von Präsuppositionen, von erwartbaren Folgefragen oder von ärztlichen Relevanzstrukturen.<sup>85</sup> Sie sind zudem fast immer auch proaktiv, d.h. sie organisieren nachfolgende Beiträge in vor allem themen- und handlungsorganisatorischen Hinsichten vor. Als Reaktionen sind solche Antworten daher zugleich antizipatorisch hinsichtlich ärztlicher Aktivitäten und Orientierungen, sie werden daher hier als *antizipatorische Reaktionen* bezeichnet.

Ein erstes Kriterium für die Analyse antizipatorischer Reaktionen sind die relativen *themenoperativen Funktionen* der Patientenreaktionen auf die ärztliche Frage. Relativ heißt dabei, dass es um die *thematische Relation* von Antwort und Frage bzw. auch in der Antwort zusätzlich hergestellte Äußerungsbezüge geht (wie alle Äußerungen können auch Antworten auf mehr als eine Bezugsäußerung referieren). Analytisch ist dafür zunächst eine strenge Orientierung am Frageskopos sinnvoll, also an seiner syntaktischen und semantischen Struktur: Wird eine Entscheidungsfrage positiv, negativ, ambivalent oder ausweichend beantwortet, wird eine W-Fragepartikel in der Antwort aufgegriffen oder nicht, werden nicht erfragte Aspekte hinzugenommen, werden frühere Äußerungen einbezogen usw. Alle Abweichungen vom Frageskopos werden daraufhin geprüft, inwiefern sie vom Patienten wahrgenommene, ‘verstandene’, Implikationen und Präsuppositionen in den ärztlichen Fragen dokumentieren und damit interaktiv verhandelbar machen. Der Umgang mit dem Frageskopos liefert dann Hinweise bzw. zeigt auch die thematischen Operationen auf, die antizipativ durchgeführt werden.

<sup>85</sup> Chatwin (2006) geht davon aus, dass die meisten Patienten mit den Konventionen der ärztlichen Gesprächsführung gut vertraut sind und damit auch mit den Handlungsrelevanzen der Ärzte.



Als zweites methodisches Hilfsmittel wird die *Präferenzorganisation*<sup>86</sup> einbezogen, die mit den ärztlichen Fragen einhergeht. Vor allem dispräferierte Reaktionen dokumentieren z.B. durch die Begründungserwartung und darin ausgeführte thematische Aspekte Bezüge zu anderen als in der Bezugsfrage benannten Themen; diese zeigen wiederum, was im jeweiligen Themen- und Handlungszusammenhang vom Patienten relevant gesetzt wird und damit zugleich, was im nächsten bzw. in späteren Beiträgen noch behandelt werden sollte oder nicht, was also für künftige Beiträge antizipiert worden ist.

Wichtig ist für die Analyse von Patientenantworten schließlich auch noch die Berücksichtigung des weiteren *retrograden sequenziellen Kontextes*, auf den in Antworten implizit oder auch explizit Bezug genommen wird, z.B. der Umgang mit (Selbst-)Widersprüchen, mit latenter Kritik etc. Auch damit macht der Patient deutlich, was er an möglichen Folgebeiträgen erwartet und mit seiner Antwort bereits zu bearbeiten sucht.

Im Folgenden werden exemplarisch und ausführlicher einige Antworten einer Patientin hinsichtlich ihres Charakters als antizipatorische Reaktionen untersucht, daran anschließend wird der Versuch unternommen, strukturelle Eigenschaften dieser Verstehenspraktik herauszuarbeiten.

### 4.3 Exemplarische Analysen von Antworten im Gespräch AA\_BI\_03<sup>87</sup>

Die Analyse von Antworten im Gespräch AA\_BI\_03 beginnt nach der ersten Frage im Anschluss an die Beschwerdenschilderung der Patientin, bezieht aber diese, wie auch die Gesprächseröffnung durch die Ärztin, retrospektiv mit ein, soweit dies für die Antworten der Patientin von Bedeutung ist.<sup>88</sup> Es geht in diesem Gesprächsausschnitt um unklare Beschwerden an einem Fin-

<sup>86</sup> Zur Präferenzorganisation siehe Gruber (2001); Levinson (2000, S. 361ff.); Pomerantz (1984) und Schegloff (2007, S. 58ff.).

<sup>87</sup> Spranz-Fogasy/Lindtner (2009) analysieren für den hier untersuchten Ausschnitt ausführlich ärztliche Fragen; siehe auch Kapitel 3.4.

<sup>88</sup> Die Beschwerdenschilderung enthält eine in der Regel von Patienten vorbereitete Darstellung und weist demnach weniger Bezüge zur Eröffnungsfrage auf. Bei Untersuchungen zur Beschwerdenexploration (bzw. engl. 'history-taking') ist es daher durchaus üblich, diesen ersten Abschnitt auszulassen (siehe auch Boyd/Heritage 2006). Dennoch zeigt eine von mir angeregte Untersuchung, dass auch hier direkte Reaktionen auf die Art der Gesprächseröffnung vorhanden sind, ob beispielsweise eine kausale (*warum sind sie hier?*) oder modale (*was haben Sie für Beschwerden?*) Frage gestellt wird (siehe Klüber 2008). Siehe dazu auch Heritage/Robinson (2006b), die zwei typische Eröffnungszüge von Ärzten ('general inquiries' und 'request for confirmation') gegenüberstellen.

ger der Patientin, die gemeinsam lokalisiert und genauer ermittelt werden, damit die Ärztin eine Diagnose stellen und eine Behandlung einleiten kann. Die Ärztin eröffnet den medizinischen Teil des Gesprächs mit der (offenen) Frage<sup>89</sup> nach dem Grund des Besuchs, die Patientin schildert ihre Beschwerden und die Ärztin fragt nach:

#12 AA\_BI\_03 (00:06-00:28)

01 A: N:A weswegen kommen sie denn HER?  
 02 P: ja ich habe seit DREI tagen einen ä:h  
 03 (-) FINGER-  
 04 wo ich nicht weiß:-  
 05 (.) was ich damit MACHen soll;  
 06 (---) also ich: wenn ich;  
 07 GESTern abend hab ich=n BRIEF  
 08 geschrieben;=  
 09 =da is er aso ganz dick gewo:rden,  
 10 (-)  
 11 A: hm::?=  
 12 P: =und das is als ob hier ein (.) ne nadel  
 13 oder irgendwas DRIN wär;  
 14 (1.0)  
 15 A: ham se=n UNfall gehabt?  
 16 P: **n überHAU:PT nichts passiert;**  
 17 **[in (letzter zeit);]**  
 18 A: [nich erINNERlich; ]  
 19 (.) was is=n das hier für n kleines LOCH,

Auf die positiv formulierte V1-Entscheidungsfrage der Ärztin (A), die auf die Beschwerdenschilderung der Patientin (P) folgt, antwortet diese zunächst mit dem Ansatz einer Negation: *n* (Z. 16). Sie korrigiert sich jedoch unmittelbar darauf, ohne die Verneinung zu beenden mit einer hyperbolischen und inhaltlich weit reichenden Antwort: *n überHAU:PT nichts passiert; [in (letzter zeit);]* (Z. 16/17). Die syntaktische Konstruktion bleibt dabei unvollständig, Satzsubjekt und Kopula fehlen.

Mit dem Ansatz der Negationspartikel zeigt P an, dass sie die strukturelle ja/nein-Vorgabe der V1-Entscheidungsfrage wohl kennt und die Frage als solche verstanden hat, mit ihrer Selbstkorrektur macht sie aber deutlich, dass sie

<sup>89</sup> Zu Typen der Gesprächseröffnung siehe Spranz-Fogasy (2005).

initiativ über diesen vorgegebenen Rahmen hinaus antworten will – also mehr antwortet, als sie gefragt wurde. Dieser ‘Überschuss’ Ihrer Antwort besteht aus mindestens drei Elementen:

- einer hyperbolisch formulierten Verneinung,
- einer nicht erfragten zeitlichen Angabe und
- einer impliziten Zurückweisung einer potenziellen Kritik an der möglichen Unvollständigkeit ihrer Beschwerdenschilderung, die latent in der Frage As enthalten ist.

Die hyperbolische Verneinung besteht dabei aus mehreren Elementen. Mit der Wahl der Ausdrücke *überHAU:PT*, *nichts* und *passiert* indiziert P in mehrfacher Hinsicht eine Erweiterung des Frageskopos, den A gesetzt hatte. *überHAU:PT* im Sinne von „auch darüber hinaus“ (Wahrig 1994, S. 1603) überschreitet die semantische Extension von *unfall* ebenso ins Allgemeine, wie der Ausdruck *passiert*, der ein Geschehen aller möglichen Art anzeigt. Und auch das Indefinitpronomen *nichts* „bringt die vollständige Abwesenheit, das absolute Nicht-vorhanden-Sein von etwas zum Ausdruck“ (Duden 2006, S. 1208).

Mit dieser Überschreitung des Frageskopos beantwortet P faktisch also eine Frage, die A so gar nicht gestellt hatte, nämlich die, ob außer einem Unfall ein anderes äußeres Geschehen eine Rolle bei der Verursachung ihrer Beschwerden gespielt haben könnte. (Und damit wird für A auch faktisch die mögliche implizite differenzialdiagnostische Frage nach einer exogenen Ursache global beantwortet – die P allerdings gar nicht gehört bzw. verstanden haben muss.)

Mit der nachfolgenden, prosodisch ohne Bruch angeschlossenen zeitlichen Angabe *in letzter zeit*; (Z. 17) bringt P noch einen weiteren Aspekt ein: As Frage *ham se=n UNfall gehabt?* (Z. 15) bezieht sich mit dem Perfekt zwar auf einen Zeitraum vor dem Auftreten der Beschwerden,<sup>90</sup> wie weit zurück dieser Zeitraum allerdings reichen soll, ist nicht markiert. Insofern berücksichtigt P hier ungefragt auch die ärztlichen Relevanzstrukturen, nach denen Ursachen von Beschwerden nur in einem gewissen zeitlichen Rahmen auftreten können und dieser Rahmen für die Beschwerdendarstellung bzw. die ärztliche Beschwerdenexploration von zentraler Bedeutung ist.<sup>91</sup>

Ps Antwort steht aber auch noch in einem weiteren Kontext als nur dem unmittelbaren der Frage As. Deren Frage ist eine Reaktion auf die Beschwerden-

<sup>90</sup> Siehe dazu die Ausführungen in Spranz-Fogasy/Lindtner (2009).

<sup>91</sup> Es ist in der Tat auffallend, wie häufig Patienten in Beschwerdenschilderungen Zeitpunkte und Zeiträume nennen und dies vor allem zu Beginn der Beschwerdenschilderungen – siehe auch im Beispielfall selbst: *seit DREI tagen* (Z. 02).

schilderung Ps und mahnt eine Angabe an, die P offensichtlich nicht bzw. für A nicht ausreichend gemacht hatte. Insofern muss As Frage sequenzstrukturell auch als – kritische – Evaluation der Beschwerdenschilderung in dritter Sequenzposition gewertet werden,<sup>92</sup> die P auf die Eröffnungsfrage As hin geliefert hatte. Genau dieser Kritik begegnet P nun auch mit der markierten Antwortweiterung, den hyperbolischen Formulierungen<sup>93</sup> und der Berücksichtigung der ärztlichen Relevanzstrukturen, wobei Letzteres auch anzeigen dürfte, dass sie sich dieses Aspekts einer Beschwerdenschilderung wohl bewusst war, aber keine Information dazu geben konnte, weil sie hinsichtlich einer Ursache in einem für sie überschaubaren zeitlichen Rahmen selbst ratlos gewesen war – dies hatte sie ja schon in der Beschwerdenschilderung verdeutlicht: *wo ich nicht weiß:- (.) was ich damit MACHen soll; (Z. 04/05).*<sup>94</sup>

P bearbeitet mit ihrer Antwort also sehr viel mehr, als sie gefragt worden war. Sie dokumentiert damit ein weitgehendes Verständnis des interaktiven Geschehens, das sich auf *Implikationen* (semantischer und sequenzorganisatorischer Natur), *nachfolgende Fragen* (über den Frageskopos *UNfall* hinaus) und ärztliche Relevanzstrukturen (den Zeitfaktor von Ursache-Beschwerden-Relationen) bezieht. Hinzu kommt, dass sie mit ihrer inhaltlich zwar dispräferierten, aber sequenzorganisatorisch umstandslosen Antwort A retrospektiv problemlos das Fragerecht einräumt und damit die interaktionstypbezogene Verteilung interaktiver Rechte und Pflichten anerkennt.<sup>95</sup>

Ps Antwort ist dabei in mehreren Hinsichten dem Prinzip der Handlungsprogression geschuldet.<sup>96</sup> Sie ist bezüglich des nachfolgenden interaktiven Handelns proaktiv, insofern sich Nachfragen nach anderen Ereignissen wie einem *UNfall* oder der zeitlichen Dimension eines solchen Geschehens erübrigen könnten – allerdings hält sich A im Folgenden gerade nicht an diese Vorgaben:

<sup>92</sup> Zur besonderen Bedeutung und Funktion der dritten Sequenzposition als strukturelle Position zur Evaluation und/oder Reparaturanforderung siehe Schegloff (1992, 1997).

<sup>93</sup> Siehe dazu auch die Ausführungen zu ‘extreme case formulations’ in Pomerantz (1986). Sie betont unter anderem deren Funktion als ‘claim legitimizing’ – im Beispielfall macht P deutlich, dass sie in ihrer Beschwerdenschilderung *nicht* versäumt hat, ein relevantes Ereignis zu berichten.

<sup>94</sup> Diese Äußerung der Patientin ist doppeldeutig: Sie zeigt an, dass P das Geschehen – und damit seine Ursachen – nicht versteht, aber auch, dass sie nicht damit umzugehen weiß, also keine Vorstellung von einer möglichen Behandlung hat.

<sup>95</sup> Prospektiv hatte sie schon während und am Ende ihrer Beschwerdenschilderung das Explorationsrecht As antizipiert und verschiedentlich die Bedingungen dafür erzeugt: durch prosodische Abschlusssignale und mehrfache Pausen am Ende von Turnkonstruktionseinheiten.

<sup>96</sup> Siehe Deppermann (2008), Heritage (2007), Stivers/Robinson (2006).

Sie reagiert auf Ps Antwort mit einer (leise gesprochenen) Ratifikationsverweigerung, mit der sie das Erinnerungsvermögen Ps thematisiert: *nich erINNERlich* (Z. 18). Auch hier stellt die dritte Sequenzposition den Slot für eine Evaluation von Ps Antwort bereit. Und tatsächlich hat A auch Anlass zu einer kritischen Einschätzung, wie ihre nächste Frage und die Antwort Ps darauf zeigen.

#13 AA\_BI\_03 (00:26-00:34)

18 A: [nich erINNERlich; ]  
 19 (.) was is=n das hier für=n kleines LOCH,  
 20 (-)  
 21 P: **ja das heiß:t-**  
 22 (-) da hat mich glaub ich eine KATze;;  
 23 (1.0) gehakt-  
 24 A: wann WAR=n [das? ]

Offensichtlich als Resultat einer Beobachtung an Ps Hand, die ihr P gegen Ende ihrer Beschwerdenschilderung zur visuellen Untersuchung angeboten hatte (erkennbar an der deiktischen Formulierung *das is als ob hier ein (.) ne Nadel oder irgendwas DRIN wär*; (Z. 12/13)), wendet sich A hier mit einer erneuten Frage an P: *was is=n das hier für=n kleines LOCH*, (Z. 19).

Auch hier enthält Ps Antwort keine glatte Formulierung, sondern ist durch verschiedene Mittel als dispräferierte, aber auch komplexe Reaktion gekennzeichnet. Sie beginnt mit dem Diskursmarker *ja* und der Ankündigung einer korrigierenden Reformulierung, was als Reaktion auf eine W-Ergänzungsfrage ungewöhnlich ist. Die Korrektur bezieht sich nun aber nicht auf die Frage As, sondern auf den offensichtlichen Widerspruch zwischen Ps generalisierter Verneinung eines Geschehens in ihrem vorhergehenden Beitrag und der von A explizierten Beobachtung. P signalisiert also nicht nur, dass sie As Frage verstanden hat, sondern auch, dass sie den sachlichen Widerspruch erkennt – sie bezieht also in der Dokumentation ihres Verstehens der Frage As Aspekte ihrer eigenen vorherigen Antwort mit ein. Es handelt sich demnach um ein Zugeständnis, das hier aber in der abgeschwächten Form einer Selbstkorrektur angeboten wird. Retrospektiv wird damit Ps eigene Darstellung suspendiert.

Die nachfolgende ‘eigentliche’ Antwort auf As Frage beginnt mit der Identifikation der betroffenen Körperstelle (*da*), mit der das Vorhandensein und die deiktische Lokalisation des *LOCH* bestätigt und intersubjektiv gesichert wird. Zusätzlich zur rein deiktischen Lokalisation von A durch *da* definiert P sich

dabei noch mit dem Reflexivpronomen *mich* als Objekt eines Geschehens. Im Kontrast zur präsentisch formulierten Frage As verwendet P dann die perfektivische Zeitform, was parallel zur vorherigen Frage *ham se=n UNfall gehabt?* formuliert ist und wie dort ein Ursachenverhältnis indiziert<sup>97</sup> – P versteht also As Frage nach dem *LOCH* nicht als modale Frage, wie sie der W-Ausdruck *was für ein* literal gesehen anzeigt, sondern als kausale, fokussiert also ihre Antwort auf eine bestimmte Interpretation, die für sie im Zusammenhang der Beschwerdenexploration die relevante ist. Zugleich dokumentiert sie damit, dass sie auch, eben unter Bezugnahme auf die vorherige Frage nach dem *UNfall*, die Frage der Ärztin nach dem *LOCH* als Frage nach der Ursache versteht.

In ihre Antwort schiebt P außerdem mit *glaub ich* parenthetisch noch eine Relativierung ihres Gewissheitsgrades bezüglich des Sachverhalts ein. Dies thematisiert in gewisser Weise das von A zuvor problematisierte Erinnerungsvermögen und ist zugleich ein Element des Zugeständnisses.

Auch die ungewöhnlich lange, einsekündige Wortsuche für *gehakt* und deren prosodische Anbahnung durch Vokaldehnung und leichte Anhebung der Tonhöhe dokumentieren ein Element ihres Verstehensprozesses: A hatte spezifisch nach einem *LOCH* gefragt, übliche Verletzungsarten durch eine Katze sind Kratzer oder Bisse, P sucht also nach einem Ausdruck, der genau den erfragten, spezifischen Sachverhalt trifft – dies ist aber zugleich auch eine Antwort auf den modalen Anteil der Frage As.

Auch die in explorativen Zusammenhängen häufig verwendete Modalpartikel *denn* (in der Frage As auf *n* in *is=n* reduziert) erfährt in ihren vielfältigen Implikationen Berücksichtigung in Ps Antwort.<sup>98</sup> Zum einen kommt P ihrer damit erhöhten Antwortverpflichtung nach, zum anderen akzeptiert sie damit die ihr von A zugeschriebene epistemische Autorität bezüglich des von A dargestellten Sachverhalts und schließlich legitimiert sie auch retrospektiv ihre mangelhaften früheren Auskünfte durch die Formulierung eines Zugeständnisses.

Selbst wenn man berücksichtigt, dass P hier eine W-Ergänzungsfrage, also eine im klassischen Sinne ‘offene’ Frage zu beantworten hat, wird deutlich, dass sie in ihrer Antwort erneut und sehr weitgehend den Frageskopos überschreitet. Dies betrifft vor allem die Einbeziehung eigener vorangegangener Äußerungen: der Beschwerdenschilderung, in der sie keine Angaben zur Ursache ihrer

<sup>97</sup> Vgl. dazu ausführlich Spranz-Fogasy/Lindtner (2009).

<sup>98</sup> Mit den Implikationen von *denn* für die Verstehensarbeit von Gesprächsteilnehmern befasst sich ausführlich Deppermann (2009).

Beschwerden machen konnte und der vehementen Zurückweisung der Unfallthese As unmittelbar zuvor. Sie bearbeitet den augenfälligen Widerspruch zur eigenen Gesichtswahrung jedoch nicht als Rücknahme und Entschuldigung, sondern als Zugeständnis. Zudem interpretiert sie As Frage nicht von deren Wortlaut her primär modal, sondern kausal – ganz im Sinne der Unfallthese As im retrospektiv gesehen dritten Beitragszug. Und schließlich bearbeitet sie auch noch mit ihrer Gewissheitsrelativierung *glaub ich* en passant den, nur ‘beiseite’ gesprochenen, Kommentar As zu ihrer Erinnerungsfähigkeit.

Alle diese Aspekte bearbeitet P in ihrer Antwort integriert im Sinne des Prinzips der Progressivität, macht also keine jeweils zu bearbeitenden Handlungsschritte daraus – sie stellt das wichtigste weiterführende Element in den Vordergrund: die kategorialen Aspekte von Ursache und Verursacherin.

Im Folgenden erforscht A mit einer ganzen Reihe von Fragen Zeitpunkt, Häufigkeit und Ort der Verletzungen sowie Symptomverlauf und Auswirkungen auf das angrenzende Körperumfeld, bevor sie schließlich ihre Diagnose stellt: *das is <<knarrend>ein: ein:> sicher <<knarrend>ein:> WEICHteinfekt*. Ps Antworten sind dabei stets ‘überschießend’ und antizipieren ebenfalls ärztliche Relevanzstrukturen, ‘next-turn-questions’ oder interaktionstypologische Handlungsaufgaben.

#### 4.4 Verfahren antizipatorischer Reaktion

Schon die exemplarische Analyse einiger weniger Antworten im Rahmen einer ärztlichen Beschwerdenexploration zeigt, wie weit Patienten über den literalen Frageskopos hinausgehen und dafür den sequenziellen und weiteren interaktionsorganisatorischen Kontext einbeziehen bzw. nutzen. Jede dieser Antworten trägt einen ‘Überschuss’ hinsichtlich der Bezugsfrage in sich, und auch im Folgenden – wie in anderen Gesprächen – sind kurze, entscheidungsbezogene Antworten eher die Ausnahme und weisen spezifische Hintergründe auf (siehe Kap. 4.5). Hinsichtlich einer verstehensbezogenen Fragestellung muss allerdings zwischen bloßem ‘Überschuss’ (z.B. bei Ausdrucksdoppelungen wie *nein nein*) und antizipatorischen Reaktionen unterschieden werden – Ersterer besitzt keinen (zusätzlichen) antizipatorischen Gehalt.

Festzuhalten ist aber auch noch eine allgemeine Beobachtung, die schon in den eben untersuchten Antworten deutlich wird: Bei fast allen Antworten auf V1- und Deklarativsatzfragen reagieren Patienten zunächst mit *ja*- oder *nein*-Antworten. Dies zeigt, dass sie sich sehr wohl am literalen Sinn von Fragen orientieren, sie aber im Sinne interaktiver Kooperation darüber hinaus auch



regelmäßig als Einladung zur Expansion verstehen bzw. sie jedenfalls faktisch so behandeln, wann immer dies für sie inferierbar, antizipierbar, hilfreich oder zielführend ist.

Im Folgenden sollen nun unter Bezug auf zentrale Ebenen der Interaktionskonstitution<sup>99</sup> verschiedene Verfahren antizipatorischer Reaktion systematisiert und erläutert werden, die im hier zugrunde liegenden Datenkorpus vorgefunden werden konnten.

### Gesprächsorganisation

Im Wortsinn antizipatorische Reaktionen sind natürlich ‘Frühstarts’, bei denen der Patient schon *vor* der Äußerung des eigentlichen Frageskopos bestätigend oder verneinend reagiert. Beispielfhaft dafür ist folgende Antwort aus dem eben analysierten Gespräch:

#14 AA\_BI\_03 (01:17-01:20)

```
72 A:    an andern geLEN[ken oder so haben sie GAR
73 P:                                [nein überHAUPT nichts;
74      (.) ÜBERhaupt nichts;]
75 A:    nichts; nich,                ]
```

Zwar kann die Patientin zum Zeitpunkt des Einsatzes ihrer Antwort nicht wissen, welche *andern* Sachverhalte A ansprechen will, dennoch reagiert sie auf vergleichbare Weise wie schon bei mehreren ihrer Antworten zuvor. Sie antizipiert hier also offensichtlich eine Frage nach anderen Symptomen und mit der Doppelung ihrer Antwort bestätigt sie dieses frühe antizipierende Verständnis.

Auf dieser Ebene der Gesprächsorganisation erweist sich aber auch oft schon die regelmäßige Rückgabe des Rederechts an den Arzt als antizipatorische Reaktion: Der Patient erwartet weitere Explorationsaktivitäten des Arztes und stellt dies bei der Realisierung der eigenen Äußerungen in Rechnung. P zeigt diese Erwartung bei der Rückgabe des Rederechts auch in diesem rederechtsbezogen ausgesprochen kompetitiven Gespräch regelmäßig an: mittels syntaktischer Konstruktionen mit Abschlussprojektionen, mittels Abschlussintonation oder auch mittels (mehrfach realisiertem) Rückzug in kompetitiv überlappenden Äußerungen.

### Sachverhaltsebene

Auf der Ebene der Sachverhaltskonstitution weisen Antworten verschiedene themenoperative Funktionen auf, die vielfach mit Antizipationen verknüpft

<sup>99</sup> Zum Ebenenkonzept der Interaktionskonstitution siehe Kallmeyer (2005).

sind. Deutlich wird das vor allem bei den schon von Stivers/Heritage (2001) bemerkten zusätzlichen Informationen in bestätigenden oder verneinenden Antworten von Patienten. Neben den dort untersuchten ‘lifeworld narratives’ finden sich im hier untersuchten Datenkorpus beispielsweise

- *Generalisierung* bzw. *Erweiterung* des Frageskopos – ein Beispiel dafür ist die o.a. hyperbolische Reaktion *n überHAU:PT nichts passiert* auf die Frage *ham se=n UNfall gehabt?* (siehe Kap. 4.3).
- *Korrektur* – dies ist die häufigste Form antizipatorischer Reaktion; Patienten negieren dabei nicht nur Propositionen, die der Arzt geäußert hatte, sondern sie formulieren auch zusätzlich eine andere, alternative Proposition. Im folgenden Gesprächsausschnitt korrigiert die Patientin zwei vom Arzt angebotene Interpretationen eines von ihr selbst gebrauchten Ausdrucks (*konzentrieren*) durch eine alternative Beschreibung:

#15 AA\_HD\_01 (04:05-04:11)

```
01  A:  UM nich <<h>UMzufallen?
02      oder um nich auszuflippen>;
03      [oder was heißt] konzenTRIERN
04  P:  [nö:::      ]
05  A:  [wie meinst]
06  P:  [also ich  ] muss KONzentrieren damit ich
07      mitkrieg was der andere sa:cht,
```

- *Präzisierung* – dabei werden Propositionen zwar bestätigt, aber um genauere Angaben ergänzt. Im Fortgang des o.a. exemplarischen Falles erfragt die Ärztin beispielsweise noch die genaue Lokalisation der Schmerzen, wonach die Patientin zwar ihre Annahme korrigiert, aber zusätzlich die Schmerzart genauer beschreibt bzw. konkretisiert:

#16 AA\_BI\_03 (00:52-00:58)

```
45  A:  [ja:, und ] HIER hat ne katze
46      gekratzt;
47      (--) und DA tut=s auch we:h?
48      (.) an der stelle?
49  P:  nein also HIE:R;
50      (--) st:icht es;
```

Dies muss also die Ärztin im Folgenden genauso wenig nachfragen, wie die Schmerzintensität, die die Patientin in Reaktion auf die nächste, ratifikative Nachfrage der Ärztin eigeninitiativ qualifiziert:

## #17 AA\_BI\_03 (00:56-01:01)

49 P: nein also HIE:R;  
 50 (--) st:icht es;  
 51 (-)  
 52 A: <<knarrend>da::>-  
 53 (-)  
 54 P: ja-  
 55 (-) da-  
 56 (-) **ziemlich**;

In beiden Fällen nimmt die Patientin damit mögliche Nachfragen der Ärztin vorweg.

- *Qualifizierung* – hier gibt der Patient zusätzliche, erläuternde Angaben zu seiner Antwort, z.T. sogar mehrfach, wie im folgenden Ausschnitt zu sehen ist:

## #18 UR\_HD\_05 (01:04-01:10)

01 A: WIE oft (.) müssen sie [n:achts-]  
 02 P: [nachts- ]  
 03 [also ] **drei mal BEstimmt**,  
 04 A: [(gut)-]  
 05 [un JE:de] **menge**;  
 06 A: [dreimal-]  
 07 P: [also] (.) **obwohl isch [NISCHT] sehr viel**  
 08 A: [ja ] [ja ]  
 09 P: **TRINke** ,  
 10 A: ja n=ja;

Mit dem ankündigenden und zugleich relevanzhochstufenden *also* (Z. 03) macht die Patientin deutlich, dass sie keine ‘glatte’ Antwort geben wird und der Sachverhalt, um den es geht, von besonderer Bedeutung für ihr Beschwerdenerleben ist. Ihre Angabe *drei mal* wird durch das nachfolgende *BEstimmt* als Mindestangabe und die damit angegebene Häufigkeit als auffällig charakterisiert. Die Häufigkeitsangabe ergänzt sie noch durch eine allgemeine, aber jedenfalls als auffällig hoch gekennzeichnete Mengenangabe des jeweiligen Toilettengangs, womit sie die Relevanz des Symptoms weiter verdeutlicht. Schließlich ergänzt sie ihre Ausführungen auch noch durch eine konzessive Angabe ihres Trinkverhaltens, was die beiden vorherigen Mitteilungen qua

sachlichen Widerspruch noch weniger verständlich macht und die Symptomrelevanz weiter verstärkt. Auch hier werden wieder mögliche Nachfragen – nach der Menge der Urinabgabe und nach ihrem Trinkverhalten – bereits antizipativ bearbeitet.

Die genannten thematischen Relationen bilden sicher keine vollständige Liste, und sie stellen auch keine exklusiven Kategorien dar, sie besitzen fließende Grenzen oder überlagern sich auch.

Die zusätzlichen Informationen in diesen antizipatorischen Antworten liefern dem Arzt Hinweise zur weiteren Beschwerdenexploration und machen mögliche oder gar erwartbare Folgefragen oft überflüssig. Viele dieser zusätzlichen Informationen sind dabei auch medizinspezifisch und zeigen die antizipative Berücksichtigung ärztlicher (differenzialdiagnostischer) Relevanzstrukturen an.

Eine weitere Gruppe von Verfahren antizipatorischer Reaktion auf der Sachverhaltsebene besteht aus der *Aus- und Abwahl kategorialer Aspekte*. Damit ist gemeint, dass der Patient in einer ärztlichen Frage explizite oder implizite kategoriale Ordnungsgesichtspunkte wahrnimmt und sie in seiner Antwort aufgreift und auswählt oder nicht weiter berücksichtigt.

Ein Beispiel für die Auswahl im Beispielgespräch ist die Antwort auf die Frage der Ärztin nach dem *LOCH*:

#19 AA\_BI\_03 (00:27-00:32)

19 A: (.) was is=n das hier für=n kleines LOCH,  
 20 (-)  
 21 P: ja das heiß:t-  
 22 (-) da hat mich glaub ich eine KATze;;  
 23 (1.0) gehakt-

P antwortet hier primär auf die darin implizierte kausale Frage nach der Verursachung und der Art der Verletzung. Deutlich wird dabei auch die Berücksichtigung etablierter ärztlicher Relevanz- bzw. Handlungsorientierungen: die Suche nach Ursachen und nach allgemeinen Merkmalen von Beschwerden.

Ein weiteres Verfahren antizipatorischer Reaktion auf der Ebene der Sachverhaltskonstitution ist auch noch die *Bearbeitung sequenziell emergierter Sachverhaltsrelationen*. Ärztliche Fragen stehen ja, wie in Kapitel 3 gezeigt wurde, zumeist auch in einem erkennbaren Sachverhaltszusammenhang zum vorausgehenden Kontext. Solche Zusammenhänge können von Patienten aufgegriffen und in ihren Antworten mit verarbeitet werden.

Ein markanter Fall hierfür ist das Zugeständnis Ps auf die Frage nach dem *LOCH* aus dem oben analysierten Gesprächsausschnitt.

#20 AA\_BI\_03 (00:24-00:32)

15 A: HAM se=n UNfall gehabt?  
 16 P: n überHAU:PT nichts passiert;  
 17 [in (letzter zeit);]  
 18 A: [nich erINNERlich; ]  
 19 (.) was is=n das hier für=n kleines LOCH,  
 20 (-)  
 21 P: ja das heiß:t-  
 22 (-) da hat mich glaub ich eine KATze;;  
 23 (1.0) gehakt-

P macht durch ihr Zugeständnis deutlich, dass sie den Widerspruch bemerkt hat und löst ihn im Sinne einer handlungsprogredienten Orientierung initiativ soweit auf, dass es keiner weiteren interaktiven Behandlung bedarf.

Sequenziell emergierende Sachverhaltsrelationen müssen nicht wie im Beispielfall per se problematisch sein; es können auch einander ergänzende oder bestätigende Verknüpfungen aufgegriffen und in Antworten auf Fragen mitverarbeitet werden. Solche Zusammenschlüsse erlauben dann oft eine simultane Bearbeitung verschiedener Aspekte einer komplexen Thematik.

#### Handlungsebene

Bei allen Antworten der Patientin im eben mehrfach analysierten Gespräch (AA\_BI\_03) wird auch mehr oder weniger deutlich, dass sie den Frageskopos nicht nur einfach erweitert, sondern dass sie auch Aspekte bearbeitet, die in Folge ihrer Reaktion auf den Frageskopos relevant werden *könnten*. In ihren Antworten ist daher proaktiv die Antizipation von ‘next-turn-questions’ eingebaut. Deutlich wird dies beispielsweise in dem Ausschnitt, in dem beide Gesprächsteilnehmerinnen den genauen Ort der Beschwerden intersubjektiv zu sichern suchen:

#21 AA\_BI\_03 (00:50-00:59)

42 P: [nein]  
 43 das (.) das bin ICH gewesen;  
 44 das is [also die-]  
 45 A: [ja:, und ] HIER hat ne katze  
 46 gekratzt;

47            (--) und DA tut=s auch we:h?  
 48            (.) an der stelle?  
 49 P:        nein also HIE:R;  
 50            (--) st:icht es;  
 51            (-)  
 52 A:        <<knarrend>da::>-

Hier werden von P gleich zwei potenzielle Nachfragen antizipiert und bearbeitet: Die Frage nach dem 'Wo' (*HIE:R*) und die Frage nach dem 'Wie' (*st:icht*) der Schmerzen. Beide Fragen sind, allerdings in unterschiedlichem Grad, erwartbar, da durch die negative Antwort Ps eine positive Bestimmung des Beschwerdenortes erforderlich wird und die Art der Schmerzen bis dato von P allenfalls in der Analogie *als ob hier ein (.) ne Nadel oder irgendwas DRIN wär* (siehe Kap. 4.3, Z. 12) in der anfänglichen Beschwerdenschildernung Ps andeutungsweise thematisiert wurde. Es gehört eben nicht nur zum differenzialdiagnostischen Bestand von Ärzten, die Schmerzqualität erfragen zu müssen, sondern auch zum Weltwissen von Patienten, dass die Schmerzqualität ein medizinisch relevantes Kriterium ist.

Die auf den Fortgang der Interaktion gerichteten Antworten zeigen auch die Orientierung Ps am *Prinzip der Progressivität*.<sup>100</sup> Die 'eigentliche' Antwort, das *nein*, wird zwar gegeben, ist jedoch der geringste Bestandteil der gesamten Reaktion. Wichtiger und auf den Fortgang der Aushandlung orientiert sind aber die Auskünfte zur Ortsidentifikation und zur Schmerzqualität.

Auch Verstehen wird hier eher weniger sichtbar in Aktivitäten einer expliziten Retrospektion – die ja zwangsläufig zu erhöhter und ggf. störender Redundanz führen würde –, sondern darin, welche Folgen ein Gesprächsteilnehmer für erwartbar hält und bereits antizipatorisch und proaktiv bearbeitet.

#### Ebene sozialer Identitäten und Beziehungen

Auch in einem sach- und zweckorientierten Gespräch wie dem ärztlichen Gespräch mit Patienten werden Aspekte der sozialen Identität und der Beziehung der Beteiligten vielfach mitbehandelt. Das betrifft nicht nur, was im Rahmen ärztlicher Gespräche durchaus häufig der Fall ist, Eigenschaften der psychischen Erlebenswelt von Patienten oder Störungen der Beziehungsfähigkeit. Es betrifft auch schon Aspekte der Interaktionsorganisation, die im Zuge der Aushandlung von Sachverhaltsdarstellungen relevant werden. Hier findet sich im Beispielfall AA\_BI\_03 eine ganze Reihe von Phänomenen, die im Zusammenhang sequenzstruktureller Eigenschaften stehen.

<sup>100</sup> Siehe Deppermann (2008), Heritage (2007) und Stivers/Robinson (2006).

So ist die Antwort auf die erste Frage As nach der Beschwerdenschilderung auch Ausdruck der Antizipation möglicher Kritik an der Beschwerdenschilderung:

#22 AA\_BI\_03 (00:24-00:27)

- 15 A: HAM se=n UNfall gehabt?  
 16 P: n überHAU:PT nichts passiert;  
 17 [in (letzter zeit);]  
 18 A: [nich erINNERlich; ]

In der Beschwerdenschilderung hatte P zu verstehen gegeben, dass ihr eine Ursache der Beschwerden nicht bekannt ist (*wo ich nicht weiß:-* (.) *was ich damit MAchen soll*; Z. 04/05). Die Frage nach einem Unfall ist daher auch als potenzieller Angriff darauf, wie P ihrer Auskunftspflicht nachgekommen ist, zu verstehen. Dagegen setzt sie sich hier mit einer impliziten Zurückweisung potenzieller Kritik zur Wehr: *n überHAU:PT nichts passiert*; (Z. 16). Dies zeigt auch die hyperbolische Formulierungsweise an, deren zentrale Funktion in der Legitimation eigenen Handelns und der markierten Zurückweisung von Ansprüchen besteht.<sup>101</sup> Dies gilt auch für zwei spätere hyperbolisch markierte Zurückweisungen im Beispielfall, die Reaktionen auf die Fragen nach *ändern fingern* (*ÜBERhaupt nichts nein*; Z. 58/59) bzw. *ändern geLENken* (*nein überHAUPT nichts*; (.) *ÜBERhaupt nichts*; Z. 72-74) – auch das hätte P sonst von sich aus sagen können oder gar sollen.

An anderen Stellen dieses Gesprächs wird deutlich, dass P potenzielle Kritik nicht nur wahrnimmt und in ihren Antworten mitbearbeitet, sondern dass sie auch antizipativ mögliche Kritik abwehrt. Dies geschieht beispielsweise durch die Relativierung eigener Aussagen zur Abwehr von Präziserungsanforderungen mit Formulierungen wie *glaub ich* oder *es MÜSste vielleicht*. Auch das Zugeständnis Ps hinsichtlich eines Widerspruchs ihrer Aussage *überHAU:PT nichts passiert* zur Entdeckung einer Verletzung durch A enthält implizit eine Vorkehrung gegenüber dem potenziellen Vorwurf unkorrekter bzw. mangelhafter Auskünfte.

Die Ausführungen zu Verfahren antizipatorischer Reaktion zeigen eine Fülle von Verfahren, die allein schon im untersuchten Gesprächsausschnitt zu entdecken sind. Auch in den anderen Gesprächen, die dieser Untersuchung zugrunde liegen, bilden kurze, nur am Frageskopos orientierte Antworten die – systematisch erklärbare – Ausnahme (siehe unten Kap. 4.5). Deutlich wird

<sup>101</sup> Zu den interaktiven Funktionen solcher ‘extreme case formulations’ siehe Pomerantz (1986).

damit, dass weder der 'Überschuss' in den Antworten der Patientin, noch ihr häufiger Charakter als antizipatorische Reaktion ein zufälliges Phänomen sind, sondern Ausdruck einer übergreifenden Orientierung am Gesprächszusammenhang, an gesprächs-, sachverhalts-, handlungs- oder identitätsrespektive beziehungsorganisatorischen Eigenschaften darstellen. Bevor dieser Zusammenhang weiter erörtert wird, soll noch kurz auf solche Antworten in ärztlichen Gesprächen eingegangen werden, die tatsächlich nur kurz und eng am Frageskopos orientiert sind.

#### 4.5 Reduzierte Antworten von Patienten in ärztlichen Gesprächen

Die Auswertung der Antworten von Patienten auf ärztliche Fragen hinsichtlich eines 'Überschusses' ergab, dass Patienten in 70% der Fälle mehr antworten, als sie gefragt wurden. Diese hohe Zahl macht nun umgekehrt solche Antworten auffällig, in denen tatsächlich nur kurz und bündig reagiert wird. Untersucht man diese wenigen Fälle genauer, so zeigt sich, dass sich regelmäßig systematische Gründe dafür finden lassen. Einige davon sollen jetzt kurz dargestellt werden.

Eine erste Gruppe reduzierter Antworten steht im Zusammenhang systematischer ärztlicher Abfragen, die in der Regel ohne unmittelbare Anknüpfung an Darstellungen der Patienten erfolgen. Häufig sind solche Abfragen Bestandteil eines Interview-Leitfadens, mit denen das somatische und psychosoziale Umfeld der Beschwerden erfasst wird. Ein prägnantes Beispiel dafür findet sich denn auch typischerweise nicht in einem der hier zugrunde gelegten Praxisgespräche, sondern stammt aus einer ausführlichen Anamnese in einer psychosomatischen Klinik:

#23 API2 (03:12-03:32)

```
01 A:      gibt=s AUffälligkeiten im stuhlgang?
02         (1.1)
03 P:      n:: nö:-
04         (---)
05 A:      blut,
06         (-) schleim:?
07 P:      'hm' hm,
08 A:      verFÄrbung oder entFÄRBUNG,
09 P:      hm=nö:-
10         GANZ normal;
11 A:      hmhm,
```



12            (--) KEIne verstopfung KEIN durchfall;  
 13 P:        <<p>' hm' hm->  
 14            (1.0) ((räuspert sich))  
 15            (5.1)  
 16 A:        BRENNen beim WASSerlassen?  
 17            (--)  
 18 P:        hm=nö:;

In diesem Gespräch geht es um erhöhte Leberwerte und Fettleibigkeit. Mit den hier aufgeführten Fragen nach Besonderheiten der Ausscheidungen beim Patienten werden also nicht Symptome erfragt, die für das konkrete Beschwerdengeschehen zentral sind, sondern *mögliche* Indikatoren einer Diagnose. Durch seine Formulierungsweise verdeutlicht der Arzt dabei einen Listencharakter<sup>102</sup> seiner Fragen: Er reiht Nominalphrasen aneinander und die regelmäßig final steigende Intonation verweist auf weitere folgende Fragen und Turnvorhalt.<sup>103</sup> Der Patient gibt ob der ärztlichen Formulierungsweise im Wesentlichen nur knappe bestätigende oder verneinende Antworten, unter anderem aber wohl auch deshalb, weil sich für ihn kein Zusammenhang zwischen Besonderheiten der Ausscheidungen und seinem Beschwerdebild ergibt und er demnach keinen Bedarf sieht, erweiternde Angaben zu machen.

Einen anderen Hintergrund für das Antwortverhalten weist folgender Gesprächsausschnitt auf:

#24 IA\_MR\_01 (00:07-00:23)

01 A:        TAG frau kettemann;  
 02 P:        gut=n tag doktor;  
 03            ich bin nämlich SO: 'erKÄLTET;  
 04            (.) ich [werd ] de erkältung gar net los-  
 05 A:            [n=ja-]  
 06            a:ch du lieber gott;  
 07 P:        habse schon VIERzehn TA::che;  
 08            hab ich=[schon hinner] mir-  
 09 A:            [hmja-            ]  
 10            (---) QUÄLT sie schon richtig-  
 11 P:        ja ja;

<sup>102</sup> Zur Listenbildung in Äußerungen und deren interaktiven Funktionen siehe Atkinson (1984), Jefferson (1991) und Selting (2004); dort geht es allerdings um turninterne Listen mit den Merkmalen Dreierstruktur, Vollständigkeit und Deklarativcharakter.

<sup>103</sup> Zur Prosodie als Ressource des Turnbehalts siehe Kern (2007).

12 (1.2)  
 13 A: hm::,  
 14 (1.0)  
 15 P: dann hab ich immer schon HU:STENTee  
 16 getrunken und [alles] 'abber,  
 17 A: [hm: ]

Die Patientin beginnt hier ohne Aufforderung durch den Arzt mit ihrer Beschwerdenschilderung und ist diesem damit in der Abwicklung des Handlungsschemas einen Schritt voraus. Der Arzt 'begleitet' ihre Darstellungen mit Rückmeldungen und einem Kommentar, bevor er in explikativer Weise eine Frage nach dem psychischen Beschwerdenerleben stellt. Nach ihrer kurzen Bestätigung sucht sie erkennbar das Rederecht an den Arzt zu übergeben, der sie aber im Gegenzug mit einem 'Continuer' (*hm::* Z. 13) auffordert, weiter zu sprechen. Sie fährt dann fort mit einer Darstellung von Behandlungsversuchen. Schon vor der Frage des Arztes hatte die Patientin bereits ihre Beschwerdenschilderung abgeschlossen, dessen Frage erscheint demnach als Rückschritt in eine von ihr bereits abgeschlossene Phase. Das zeigt sich auch durch die Darstellung der Behandlungsversuche, mit der sie Fragen der Therapie anspricht und damit wiederum einen Schritt weiter geht. Auch im Folgenden zeigen sich noch Unstimmigkeiten in der Handlungsorientierung der Beteiligten, die Patientin bearbeitet weiterhin Handlungsaufgaben des Arztes mit, der seinerseits dies nicht bemerkt oder aber auf eigenen Durchführungsrechten besteht.

Regelmäßig treten in ärztlichen Gesprächen auch heikle Themen auf wie intime Fragen, Fragen mit Kritikpotenzial wie Alkohol- oder Drogenkonsum oder Fragen zum sozialen Umfeld der Patienten. Hier kommt es auch dazu, dass Patienten auskunftsunwillig sind und nur das Nötigste antworten. Im folgenden Gespräch hatte zwar die Patientin ihre laufende Scheidung angesprochen und sogar als Ursache ihrer Magenprobleme angeführt, Nachfragen der Ärztin danach jedoch blockt sie immer wieder ab, wie im folgenden Ausschnitt:

#25 AA\_BI\_01 (00:41-00:49)

01 Ä: WARU:M lassen se sich denn schei:den?  
 02 P: <<p>ja das (-) klappt einfach  
 03 nich mehr>-  
 04 Ä: des KLAPPT nich?  
 05 (--)  
 06 P: <<p>nee>-  
 07 Ä: aber das: macht ihnen ja MÄCHTIG zu  
 08 schaffen nich-

Schon die Antwort auf die *warum*-Frage hält die Patientin hier sehr allgemein, der Expansionsaufforderung der Ärztin mittels einer Echofrage kommt sie dann sogar nur mit der minimalsten verbalen Antwort nach, womit sie lediglich bestätigt, was sie zuvor selbst formuliert hatte.

Schließlich finden sich reduzierte Antworten von Patienten – durchaus häufiger – bei dem Versuch von Ärzten, über den somatischen Zusammenhang hinaus explizit auch psychische Problemzusammenhänge anzusprechen:

#26 AA\_HD\_01 (02:21-02:57)

01 P: und zwar ich KOMM-  
 02 weil=s mir im moment 'aso;  
 03 (-) seit drei TAgen,  
 04 <<knarrend>total komisch> geht;  
 05 (-- ) DASS ich nämlich ähm:-  
 06 (2.2) ((schreibgeräusche))  
 07 so die STIMm:en so weiter weg höre  
 08 und selber so-  
 09 (2.0) ((schreibgeräusche))  
 10 A: 'hmhm,  
 11 P: also h' ähm: wie wenn ich SCHLAfe  
 12 A: [mh'hm- ]  
 13 P: [und und] so am AUFWachen bin-  
 14 .h (.) dann hört ma ja auch SO: nen so=n  
 15 <<knarrend>HALL>,  
 16 s=GIBT wenn jemand redet im rau:m-  
 17 das hört man dann so .h im  
 18 UNterbewusstsein noch so n bisschen-  
 19 oder KURZ vor=m einschlafen-  
 20 ..h und IRGENDwie so HUA: ,  
 21 (---)  
 22 A: das [macht dir ANGST]  
 23 P: [schrecklich- ]  
 24 A: dann;  
 25 P: **ja-**  
 26 A: ne,  
 27 (1.5)  
 28 P: und (-) ähm: (-- ) am freitachAbend hat=s  
 29 ANgefa:ng=n;  
 30 (-) ABENDS auf so ner fete?

Die Patientin schließt ihre erste Beschwerdenschilderung markiert ab, wenngleich sie noch den bewertenden Kommentar *schrecklich* nachträgt. Parallel zu diesem Kommentar formuliert der Arzt eine explikative Deklarativsatzfrage, mit der er nach dem psychischen Beschwerdenerleben der Patientin fragt (*das macht dir ANGST dann; Z. 22-24*). P antwortet nur kurz und bestätigend. Auch hier versucht der Arzt mittels ‘Continuer’ die Patientin zu weiteren Ausführungen zu motivieren, es entsteht jedoch eine längere Pause von 1,5s. Der folgende zögerliche Einsatz der Patientin (*und ähm --*) macht deutlich, dass P die Expansionsaufforderung wohl wahrgenommen hat, nun aber zu weiteren Ausführungen im Rahmen ihrer Beschwerdenschilderung zurückkehrt. Im weiteren Verlauf des Gesprächs sucht A immer wieder psychosomatische Aspekte des Beschwerdengeschehens anzusprechen, während P ihrerseits stets biomedizinische Erklärungsmuster thematisiert (Blutdruck, Gehörschaden, Schilddrüse etc.) und darauf beharrt.

Dieses Verhalten findet sich regelmäßig auch in anderen der hier untersuchten Gespräche, was darauf schließen lässt, dass Patienten psychologisierende Fragen im biomedizinischen Kontext der Praxisgespräche häufig für unpassend erachten und ihnen mit kurzen Antworten und nachfolgendem selbstkohärenten Anschluss ausweichen.

Die Ausführungen belegen, dass Antworten, die auf das Nötigste reduziert sind, Ausnahmen darstellen, die sich unter Bezug auf interaktive Besonderheiten – vor allem auf der Handlungs- aber auch der Sachverhalts- und Identitäts-respektive Beziehungsebene – systematisieren lassen. Reduzierte Antworten dokumentieren dann, dass Patienten weitergehende Motive einer ärztlichen Frage entweder nicht verstehen oder sie aber unter interaktionstypologischen oder Beziehungsgesichtspunkten als deplatziert bewerten.

Die Reaktionen der Ärzte auf reduzierte Antworten zeigen umgekehrt aber häufig, dass sie ihrerseits oft ausführlichere Antworten auf ihre Fragen erwarten. Im Gesprächsausschnitt #25 (AA\_BI\_01) fragt A beispielsweise unmittelbar noch nach (*aber das: macht ihnen ja MÄCHTIG zu schaffen nich; Z. 07/08*) und auch in der Folge sucht sie mit einer ganzen Reihe von Fragen die Hintergründe der Scheidung aufzudecken (*woll=n SIE denn, oder will ihr mann; // WARum denn; //und das HAUT gar nich hin.; hat er IRGEND ne andere? // sie AUCH nich; // ABER woran SCHEIterts denn dann;*). In anderen Fällen haken Ärzte zwar nicht direkt nach den Antworten nach, spätere Nachfragen zeigen jedoch, dass sie sehr wohl andere Antworterverwartungen haben, aber lokal auf Nachfragen verzichten – beispielsweise weil sie knappe Antworten als Abwehr verstehen.<sup>104</sup>

<sup>104</sup> Die Zurückstellung von Fragen und deren späteres Einbringen ist vor allem bei den psychosomatisch orientierten Ärzten im Datenkorpus zu beobachten.

#### 4.6 Verstehensdokumentation in Patientenantworten

Die Untersuchung von Patientenantworten auf ärztliche Fragen macht deutlich, dass es sich bei antizipatorischen Reaktionen nicht um ein zufälliges und seltenes Verfahren der Verstehensdokumentation handelt, sondern um ein systematisches Phänomen im Rahmen der ärztlichen Beschwerdenexploration. Nur wenige Antworten von Patienten in ärztlichen Gesprächen sind gemäß den syntaktisch-strukturellen Vorgaben von Fragen auf das Minimum reduziert, und dafür sind, wie gezeigt, jeweils systematische Bedingungen identifizierbar: Leitfaden-Fragen, divergente Handlungsorientierungen, Auskunftsverweigerung oder Fragen, die als 'unpassend' interpretiert werden.

Nicht jede Antwort, die gegenüber den syntaktisch-strukturellen Vorgaben ärztlicher (Entscheidungs-)Fragen mit einem 'Überschuss' behaftet ist, kann auch als antizipatorische Reaktion charakterisiert werden. Allerdings lassen auch kleine Hinweise, wie beispielsweise schlichte Doppelungen von Antwortpartikeln, oft erkennen, dass retrospektiv etwa Kritik an vorangegangenen eigenen Beiträgen wahrgenommen und prospektiv bearbeitet wird. In vielen Fällen 'überschießender' Reaktion jedoch wird deutlich, dass Patienten mehr verstehen, als literal gefragt wird, und dass sie dieses weitere Verstehen in ihren Antworten antizipativ gleich mitbearbeiten. Antizipiert bzw. berücksichtigt werden dabei Präsuppositionen ärztlicher Fragen, ärztliche Relevanzstrukturen oder, vielfach mit solchen Aspekten verbunden, 'next-turn-questions'.

Antworten stehen, mehr als die meisten anderen Handlungszüge, unter starken sequenzorganisatorischen Zwängen, die mit ihren Bezugsäußerungen, also den Fragen, einhergehen. Gesprächsteilnehmern ist immer klar, dass Antworten, die diese Zwänge nicht ausreichend beachten, den fragenden Interaktionspartner dazu berechtigen, auf deren Erfüllung zu bestehen. Umgekehrt haben Antwortende aber auch (fast)<sup>105</sup> immer die Möglichkeit, ihre Antworten proaktiv zu gestalten und dabei auch weitere Kontexte zu berücksichtigen.<sup>106</sup> Manche der hier untersuchten Antworten enthalten eine Fülle von Aspekten, die nachfolgende Interaktion zu beeinflussen, wenn beispielsweise neben der 'eigentlichen' Antwort ein Selbstwiderspruch konzidiert, aber als reformulierendes Zugeständnis formuliert wird, neben der geforderten modalen Antwort

<sup>105</sup> Einschränkungen gibt es vor allem in strikt hierarchischen Interaktionen, beispielsweise vor Gericht, beim Militär, in Schulen, also ganz generell bei institutionellen Befragungen, bei denen zum Teil explizit der Antwortraum beschränkt wird.

<sup>106</sup> Nicht bzw. nur ansatzweise untersucht wurden in diesem Beitrag Reaktionen von Patienten, mit denen *nach* der eigentlichen Antwort neue Themen etabliert oder frühere Beiträge selbstkohärent fortgesetzt werden.

eine kausale gleich mitgeliefert oder das eigene Erinnerungsvermögen als möglicherweise schwächer gekennzeichnet wird.<sup>107</sup> Zu erkennen ist dabei, dass sequenzielle Bezugnahmen und die damit verbundene Verstehensdokumentation auch die Relation früherer, oft weit zurückliegender Beiträge der Beteiligten untereinander betreffen können.

Die sequenzielle Position von Antworten bietet also wesentlich mehr Möglichkeiten, als unter einer strikteren Perspektive auf Nachbarschaftspaare sichtbar werden kann und Patienten nutzen diese Möglichkeiten reichlich. Dass dies auch sequenzorganisatorisch von Vorteil ist, liegt auf der Hand: Jeder Aspekt, der antizipativ bereits in einem Antwortbeitrag mitbearbeitet wird, muss nicht eigens in einer weiteren Frage-Antwort-Sequenz bearbeitet werden. Potenziell vierschrittige Sequenzen können so auf zweischrittige reduziert werden – und im Falle multipler Antizipationen ist das Verfahren dann noch ökonomischer.

Die treibenden Kräfte antizipatorischer Reaktionen sind dabei in zwei zentralen Prinzipien der Interaktion zu finden: dem Prinzip der Kooperation und dem Prinzip der Progressivität. Gemäß Letzterem sind Interaktionsbeteiligte nicht nur gehalten, Stockungen im Interaktionsablauf zu vermeiden, sondern auch, Redundanzen zu minimieren – aus diesem Grund sind Verstehensdokumentationen auch eher in progrediente Aktivitäten eingebaut, als eigens ausgewiesen<sup>108</sup> –, weiterführende Aktivitäten zu entfalten und damit den Aufwand nachfolgender Aktivitäten gering zu halten – also genau das, was antizipatorische Reaktionen leisten.

Antworten, die sich auf die Bearbeitung des literalen Fragefokus beschränken, wirken, wie man an einigen der in Kapitel 4.5 untersuchten Beispiele reduzierter Antworten auch sehen kann, oft sehr unkooperativ und würden Nachfragen geradezu provozieren. Es besteht also häufig auch eine Default-Erwartung für elaboriertere Antworten im Sinne des Kooperationsprinzips. Gerade auch explikative Deklarativsatzfragen (Kap. 3.7), mit ihrem Wechsel auf eine thematische Metaebene, sind Fragen im Sinne eines ‘agenda-setting’ und fordern Patienten zu expandierten Antworten auf. Die Grice’schen Maximen der Relevanz und Quantität (Grice 1993) werden in Bezug auf das geteilte Wissen über den Interaktionstyp Arzt-Patient-Gespräch zur Konstruktion einer kooperativen Antwort genutzt, was von Seiten des Arztes auch reziprok erwartet wird. Gerade Patienten sind zu erhöhter Kooperation aufgefordert, sind sie es doch, die den Arzt aufsuchen und seine Hilfe erbitten.<sup>109</sup>

<sup>107</sup> Siehe die Analyse zu Ausschnitt #13 in Kap. 4.3.

<sup>108</sup> Vergleiche dazu Deppermann (2008), Heritage (2007) und Stivers/Robinson (2006).

<sup>109</sup> Hier gibt es natürlich die Ausnahmen zwangseingewiesener oder Notfall-Patienten.

## 5. Fazit und Diskussion

Die Untersuchungen dieses Beitrags befassten sich mit verschiedenen Aspekten des Verstehens im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In den einleitenden medizinsoziologischen Betrachtungen wurden sozialstrukturelle und interaktionstypologische Rahmenbedingungen als Verstehensressourcen erkennbar, die dem einzelnen Gespräch zwar voraus liegen, mit dessen Konstitution sie aber von den jeweiligen Teilnehmern aktualisiert und berücksichtigt werden müssen bzw. als Interaktionspotenziale genutzt werden können. Dazu gehören schon sozialstrukturelle Merkmale wie die Rollenkonstellation, die besondere Anstrengungen zum Abgleich individueller Wissens- und Erlebenszustände erfordert oder formale Bedingungen wie rechtliche Grundlagen oder institutionelle Aspekte der Praxisorganisation, die auf der einen Seite geschützte Kommunikationsräume schaffen, auf der anderen Seite aber wechselseitiges Verstehen erschweren, beispielsweise durch Zeitbeschränkung oder die Pflicht zur Online-Dokumentation. Mit der Herstellung des Interaktionstyps sind auch spezifische Handlungsaufgaben der Beteiligten verbunden, bei denen Verstehensanstrengungen den Handlungszielen gegenüber zwar subsidiär, aber notwendig sind und zum Grundbestand der gemeinsamen Interaktion gehören: die verständliche und ausreichende Schilderung von Beschwerden, die aktive Exploration des Beschwerdengeschehens, die angemessene Mitteilung der Diagnose, die verständliche Darlegung von Therapiemaßnahmen oder die ausreichende Sicherung der nachlaufenden Behandlung.

Einer der auffallendsten Aktivitätstypen in ärztlichen Gesprächen ist das Fragen. Dies aber nicht nur seiner Häufigkeit wegen (in den hier untersuchten Gesprächen durchschnittlich alle 14,2 Sekunden), sondern auch ob seiner besonderen Bedeutung für die Organisation gegenseitigen Verstehens: Fragen indizieren häufig ein Verständnisproblem und sie suchen Informationen zu elizitieren, dieses Problem zu beseitigen. Fragen sind also wichtige und systematische Gelenkstellen der Verstehensarbeit von Arzt und Patient. Und als Gelenkstellen zwischen gegebenem Interaktionsstand und der folgenden Agenda muss in ihnen der erreichte Stand des Wissensabgleichs in ausreichender Weise zugleich als verstanden dokumentiert wie auch deutlich gemacht werden, was für das handlungsbefähigende Verständnis noch fehlt. Insbesondere die Dokumentation des bis dato Verstandenen geschieht aber in vielen Fällen und in vielen Hinsichten implizit: durch sequenzielle Positionierung und Verknüpfung, durch die syntaktische Konstruktion einer Frage (und der damit verbundenen Anzeige eines spezifischen Verstehensstatus) oder durch bestimmte Modalisierungen etc.

Explikative Deklarativsatzfragen stellen dabei einen besonderen Fall dar. Mit ihnen wird in zweifacher Hinsicht Verstehen ‘über das hinaus’, was der Patient geäußert hat oder die Beteiligten gemeinsam explizit verhandelt haben, dokumentiert: Zum einen verdeutlicht der Arzt ein vertiefteres Verständnis der Äußerungen (und ggf. nonverbalen Entäußerungen) des Patienten, zum anderen wechselt er damit auf eine ‘höhere’, metathematische Ebene. Es geht dann um ein grundsätzlicheres gemeinsames Verständnis des Beschwerdengeschehens, oft mit Einbezug der psychischen Verfasstheit des Patienten relativ zu seinen Beschwerden.

Antworten von Patienten reflektieren Verstehen dann auf einfachere Weise, als dies Fragen tun. Hier ist die Bezugnahme direkt und gefordert – bezogen auf den literalen Sinn einer Frage kann vom Arzt schnell und einfach überprüft werden, ob seine Frage ‘richtig’ verstanden wurde. Auffällig werden dann aber die vielen Antworten, die über den literalen Sinn und über die syntaktisch-strukturellen Vorgaben hinausgehen und zusätzliche Aspekte bearbeiten. Unter einer verstehensanalytischen Perspektive zeigt sich schnell, dass darin zugleich retrospektiv und antizipativ-prospektiv Präsuppositionen oder ärztliche Relevanzstrukturen berücksichtigt werden, die der Patient in der Frage des Arztes oder auch relativ zum weiteren sequenziellen Kontext wahrgenommen respektive ‘verstanden’ hat. Auch diese Verstehens Elemente werden nicht eigens als solche gekennzeichnet, sondern einfach mitbearbeitet, wodurch die Handlungsprogression kontinuierlicher und flüssiger gestaltet und zugleich erhöhte Kooperationsbereitschaft angezeigt wird.

Insbesondere sequenzielle und interaktionstypologische Organisationsmomente tragen beim Wechselspiel von Fragen und Antworten im ärztlichen Gespräch in verschiedenster Weise zur interaktiven Verstehensarbeit bei. Das fortgeschriebene ‘Geflecht’ von Äußerungen gibt jedem Beitrag seine spezifische sequenzielle Verankerung, was seine jeweilige(n) Handlungsfunktion(en) anbelangt, aber auch dahingehend, was darin als Verstandenes dokumentiert ist. Zusätzlich zu dieser eher lokalen Bereitstellung interpretativer Ressourcen bildet die sequenzielle Organisation auch übergreifende Zusammenhänge aus, die für die Beiträge den funktionalen Handlungssinn gestalten und interpretierbar machen. Besonders im Fall der Beschwerdenexploration sorgt die – verbale oder nonverbale – Aufforderung zur Beschwerdenschilderung für einen umfassenden Rahmen, in den jeder Beitrag eingepasst und interpretiert werden kann. Dieser Rahmen schafft zugleich Kohärenz für das



gesamte explorative Geschehen – erst mit der Diagnosestellung kann die Aufforderung zur Beschwerdenschilderung als abgeschlossen betrachtet werden und ein neuer Kohärenzrahmen für die Verstehensarbeit entsteht.

Einen solchen Kohärenzrahmen bildet auch die Orientierung der Beteiligten am Interaktionstyp selbst. Äußerungen können so von ihren Produzenten und Rezipienten retrospektiv und prospektiv vor einem übergreifenden Handlungszusammenhang interpretiert werden. Dieser übergreifende Zusammenhang liefert generelle Vorgaben für die Handlungsbeteiligung, für Handlungsrechte und -pflichten, für Beschränkungen und Ressourcen. Ärzte erhalten so die ‘Lizenz zum Fragen’, während Patienten ihrerseits sich weitgehend verpflichten, auch solche Fragen zu beantworten, die in anderen Handlungszusammenhängen als unbillig wahrgenommen oder gar als unzulässige Eingriffe in territoriale Rechte zurückgewiesen würden. Diese interaktionstypologisch bedingten Ressourcen machen es also für die Beschwerdenexploration in ärztlichen Gesprächen möglich, ein im Einzelnen tieferes und im Gesamten umfassenderes Verständnis der Beschwerden von Patienten und deren körperlicher und psychischer Verfasstheit zu erreichen.

Fragen und Antworten bilden dabei die zentralen Aktivitätstypen. Sie sind eng an die Prozesse der interaktiven Verstehensorganisation gebunden. Während Fragen Verstehensprobleme *im* und *mit* dem Rahmen des bis dato Verstandenen dokumentieren, suchen Antworten eben diese Verstehensprobleme zu lösen und dokumentieren dabei zugleich – mehr oder weniger manifest und ausführlich – das Verständnis nicht nur der Frage, sondern auch ihres Äußerungs- und Handlungskontextes und wirken damit proaktiv auf den weiteren Interaktions- und Verstehensprozess ein. Vor allem antizipatorische Antworten dokumentieren inhaltliches Wissen der Patienten über den Interaktionstyp und damit verknüpfte ärztliche Relevanzen – die Untersuchung deutet darauf hin, dass Interaktionstypwissen auch inhaltlich über die Berücksichtigung von Relevanzstrukturen, Inferenzregeln und ontologischen Wissensdomänen zu fassen ist. Dass Patienten vielfach über das geforderte Antwortmaß hinausgehen, ist dabei kein Zufall, sondern gehört gemäß den Interaktionsprinzipien der Kooperation und Handlungsprogressivität zur interaktiven Verstehensorganisation und zur interaktiven Bildung von Intersubjektivität. Verstehen erweist sich so als ein Prozess, der tief in der Organisation von Interaktion und Kommunikation überhaupt verankert ist und mit reziproken interaktiven Handlungen vollzogen wird.

## 6. Literatur

- Atkinson, Maxwell (1984): *Our masters' voices: The language and body language of politics*. London/New York.
- Balint, Michael (2001): *Der Arzt, der Patient und die Krankheit*. 10. Aufl. Stuttgart.
- Bilmes, Jack (1988): The concept of preference in conversation analysis. In: *Language in Society* 17, S. 161-181.
- Blakemore, Diane (1992): *Understanding utterances. An introduction to pragmatics*. Oxford.
- Boyd, Elizabeth/Heritage, John (2006): Taking the history: Questioning during comprehensive history-taking. In: *Heritage/Maynard (Hg.)*, S. 151-184.
- Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolf/Sager, Sven (Hg.) (2001): *Text- und Gesprächslinguistik/Linguistics of Text and Conversation. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung/An International Handbook of Contemporary Research*. (= Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft/Handbooks of Linguistics and Communication Science 16). Berlin/New York.
- Brünner, Gisela (2005): Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: *Neises/Ditz/Spranz-Fogasy (Hg.)*, S. 90-109.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: *Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hg.): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. (= Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft 18). Bielefeld, S. 17-93.
- Byrne, Patrick/Long, Barrie (1976): *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. London.
- Chatwin, John (2006): Patient narratives: A micro-interactional analysis. In: *Communication and Medicine* 3, 2, S. 113-123.
- Cicourel, Aaron V. (2004): Cognitive overload and communication in two healthcare settings. In: *Communication and Medicine* 1, S. 35-43.
- Clark, Herbert/Schaefer, Edward (1989): Contributing to discourse. In: *Cognitive Science* 13, S. 259-294.
- Coulter, Angela (2002): *The autonomous patient. Ending paternalism in medical care*. London.
- Deppermann, Arnulf (2000): Ethnographische Gesprächsanalyse – Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 1, S. 96-124. Internet: [www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2000/ga-deppermann.pdf](http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2000/ga-deppermann.pdf) (Stand: Januar 2010).
- Deppermann, Arnulf (2007): Forschungen zur Arzt-Patient-Kommunikation im deutschen Sprachraum. In: *Health Communication (The Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare)* 2, 1, S. 51-63. Koreanische Version: S. 40-50.

- Deppermann, Arnulf (2008): Verstehen im Gespräch. In: Kämper, Heidrun/Eichinger, Ludwig M. (Hg.): Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung. Jahrbuch 2007 des Instituts für Deutsche Sprache. Berlin/New York, S. 225-261.
- Deppermann, Arnulf (2009): Verstehensdefizit als Antwortverpflichtung: Interaktionale Eigenschaften der Modalpartikel *denn* in Fragen. In: Günthner, Susanne/Bücker, Jorg (Hg.): Grammatik im Gespräch: Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung. (= Linguistik – Impulse und Tendenzen 33). Berlin u.a., S. 23-56.
- Deppermann, Arnulf (i.d.Bd.), S. 7-26.
- Deppermann, Arnulf/Spranz-Fogasy, Thomas (1998): Kommunikationsstörungen durch den Gesprächsprozess. Zur Entstehung von Interaktionsdilemmata durch zeitliche Komplexierung. In: Fiehler, Reinhard (Hg.): Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Wiesbaden, S. 44-62.
- Deppermann, Arnulf/Spranz-Fogasy, Thomas (2001): Aspekte und Merkmale der Gesprächssituation. In: Brinker et al. (Hg.), S. 1148-1161.
- Deppermann, Arnulf/Spranz-Fogasy, Thomas (i.Vorb.): Doctor's questions as displays of understanding.
- Di Blasi, Zeldia/Kleijnen, Jos (2003): Context effects: Powerful therapies or methodological bias? In: Evaluation and the Health Professions 26, 2, S. 166-179.
- Ditz, Susanne (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises/Ditz/Spranz-Fogasy (Hg.), S. 224-241.
- Donsbach, Wolfgang (2003): Das Arztimage in der Bevölkerung – und Folgerungen für die Kommunikation des Berufs. In: Ärzteblatt Sachsen 5, S. 176-181.
- Drescher, Martina (1992): Verallgemeinerungen als Verfahren der Textkonstitution. Stuttgart.
- Duden (2006): Duden. Deutsches Universalwörterbuch. 6. Aufl. Mannheim u.a.
- Elwyn, Glyn/Edwards, Adrian/Wensing, Michael/Hood, Kerenza/Atwell, Christine/Grol, Richard (2003): Shared decision making: Developing the OPTION scale for measuring patient involvement. In: Quality and Safety in Health Care 12, S. 93-99. Internet: [www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1743691&blobtype=pdf](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1743691&blobtype=pdf) (Stand: November 2009)
- Epstein, Ronald/Campbell, Thomas/Cohen-Cole, Steven (1993): Perspectives on patient-doctor communication. In: The Journal of Family Practice 37, 4, S. 377-388.
- Frankel, Richard (1995): Some answers about questions in clinical interviews. In: Morris, George Howard/Chenail, Ronald J. (Hg.): The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse. Hillsdale, S. 49-70.
- Geisler, Linus (2008): Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt a.M.

- Gerhards, Jürgen (2001): Der Aufstand des Publikums. Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1998. In: *Zeitschrift für Soziologie* 30, S.163-184.
- Goodwin, Marjorie Harness/Goodwin, Charles (1986): Gesture and coparticipation in the activity of searching for a word. In: *Semiotica* 62, S. 51–75.
- Greatbatch, David (2006): Prescriptions and prescribing: Coordinating talk- and text-based activities. In: *Heritage/Maynard (Hg.)*, S. 313-339.
- Grice, H. Paul (1993): Logik und Konversation. In: Meggle, Georg (Hg.): *Handlung, Kommunikation, Bedeutung*. Frankfurt a.M., S. 243-265.
- Gruber, Helmut (2001): Die Strukturen von Gesprächssequenzen. In: Brinker et al. (Hg.), S. 1226-1241.
- Gulich, Elisabeth (1999): „Experten“ und „Laien“: Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: *Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften. Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hg.) (1999): „Werkzeug Sprache“*. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Leipzig, S. 165-197.
- Gulich, Elisabeth/Kotschi, Thomas (1996): Textherstellungsverfahren in mündlicher Kommunikation. Ein Beitrag am Beispiel des Französischen. In: Motsch, Wolfgang (Hg.): *Ebenen der Textstruktur. Sprachliche und kommunikative Prinzipien*. Tübingen, S. 37-80.
- Hampton, John R./Harrison, Robert John/Mitchell, John R./Prichard, Jane S./Seymour, Carol (1975): Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. In: *British Medical Journal*, S. 486-489. Internet: [www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1673456&blobtype=pdf](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1673456&blobtype=pdf) (Stand: November 2009)
- Hart, Julian (1998): Expectations of health care: Promoted, managed or shared? In: *Health Expectations* 1, 1, S. 3-13.
- Heath, Christian (2006): Body work: The collaborative production of the clinical object. In: *Heritage/Maynard (Hg.)*, S. 185-213.
- Heritage, John (2001): Ad hoc inquiries: Two preferences in the design of ‘routine’ questions in an open context. In: Maynard, Douglas W./Houtkoop-Steenstra, Hanneke/Schaeffer, Nora Cate/van der Zouwen, Johannes (Hg.): *Standardization and tacit knowledge: Interaction and practice in the survey interview*. New York, S. 313-333.
- Heritage, John (2007): Intersubjectivity and progressivity in references to persons (and places). In: Stivers, Tanya/Enfield, Nicholas J. (Hg.): *Person reference in interaction: Linguistic, cultural and social perspectives*. Cambridge, S. 255-280.
- Heritage, John (2009): Negotiating the legitimacy of medical problems: A Multi-phase concern for patients and physicians. In: Brashers, Dale et al. (Hg.): *Health communication*. Internet: [www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/heritage/publications/MEDICAL\\_LEGITIMACY.pdf](http://www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/heritage/publications/MEDICAL_LEGITIMACY.pdf) (Stand: November 2009).

- Heritage, John/Maynard, Douglas (Hg.) (2006): *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge.
- Heritage, John/Raymond, Geoffrey (2005): The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in assessment sequences. In: *Social Psychology Quarterly* 68, S. 15-38.
- Heritage, John/Robinson, Jeffrey (2006a): Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. In: Heritage/Maynard (Hg.), S. 48-85.
- Heritage, John/Robinson, Jeffrey (2006b): The structure of patients presenting concerns: Physicians' opening questions. In: *Health Communication* 19, 2, S. 89-102.
- Heritage, John/Stivers, Tanya (1999): Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. In: *Social Science and Medicine* 49, S. 1501-1517.
- Heritage, John/Robinson, Jeffrey/Elliott, Marc/Beckett, Megan/Wilkes, Michael (2007): Reducing patients' unmet concerns in primary care: The difference one word can make. In: *Journal of General Internal Medicine* 22, S. 1429-1433.
- Jefferson, Gail (1981): The abominable ne? An exploration of post-response pursuit of response. In: Schröder, Peter/Steger, Hugo (Hg.): *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*. Düsseldorf, S. 53-88.
- Jefferson, Gail (1991): List construction as a task and resource. In: Psathas, George (Hg.): *Interactional competence*. New York, S. 63-93.
- Jenkins, Valerie/Fallowfield, Lesley/Saul, Jacky (2001): Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. In: *British Journal of Cancer* 84, S. 48-51.
- Jung, Sybille/Ditz, Susanne (2007): Shared Decision Making (SDM) – Kommunikative Kooperativität im präoperativen Aufklärungsgespräch. In: Niemeier, Susanne/Diekmannshenke, Hajo (Hg.): *Profession & Kommunikation*. Frankfurt a.M., S. 157-174.
- Kallmeyer, Werner (2005): Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, Ulrich/Dittmar, Norbert/Mattheier, Klaus J./Trudgill, Peter (Hg.): *Sociolinguistics/Soziolinguistik*. Berlin/New York, S. 1212-1225.
- Kern, Friederike (2007): Prosody as a resource in children's game explanations: Some aspects of turn construction and reciprocity. In: *Journal of Pragmatics* 39, 1, S. 111-133.
- Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg.
- Kieserling, André (1999): *Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme*. Frankfurt a.M.
- Klüber, Maike (2008): *Beschwerdendarstellungen von Patienten im ärztlichen Gespräch – Eine gesprächsanalytische Untersuchung*. Unveröff BA-Arbeit. Mannheim.

- Koch, Klaus/Gehrmann, Ulrich/Sawicki, Peter (2007): Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung Primary care in Germany – an international comparison. In: Deutsches Ärzteblatt 104, 38: A-2584. Internet: [www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=56988](http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=56988) (Stand: November 2009).
- Koerfer, Armin/Köhle, Karl/Obliers, Rainer (2005): Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises/Ditz/Spranz-Fogasy (Hg.), S. 137-160.
- Lalouschek, Johanna (2002): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell. Internet: [www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/lalouschek.htm](http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/lalouschek.htm) (Stand: November 2009).
- Lalouschek, Johanna (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzek, Michael/Brünner, Gisela (Hg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Frankfurt a.M., S. 137-158.
- Lalouschek, Johanna (2005a): Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell. Internet: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/lalouschek2.htm> (Stand: Januar 2010).
- Lalouschek, Johanna (2005b): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises/Ditz/Spranz-Fogasy (Hg.), S. 48-72.
- Lalouschek, Johanna/Menz, Florian/Wodak, Ruth (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Tübingen.
- Leschke, Matthias (2008): Nachdenken über die Kommunikation zwischen Arzt und Patient – DRGs fördern die Entwicklung zur zielorientierten Minimallösung. In: Klinikarzt 37, S. 20-21.
- Levinson, Stephen (2000): Pragmatik. 3. Aufl. Tübingen.
- Lipkin, Mack/Frankel, Richard/Beckman, Howard/Charon, Rita/Fein, Oliver (1995): Performing the interview. In: Lipkin, Mack/Lazare, Aaron/Putnam, Samuel (Hg.) (1995): The medical interview: Clinical care, teaching and research. New York, S. 65-82.
- Luukko-Vinchenzo, Leila (1988): Formen von Fragen und Funktionen von Fragesätzen. Eine deutsch-finnische kontrastive Studie unter besonderer Berücksichtigung der Intonation. Tübingen.
- Mangione-Smith, Rita/Stivers, Tanya/Elliott, Marc/McDonald, Laurie/ Heritage, John (2003): Online commentary on physical exam findings: A communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing? In: Social Science and Medicine 56, S. 313-320.
- Manning, Philip/Ray, George (2002): Setting the agenda: An analysis of negotiation strategies in clinical talk. In: Health Communication, S. 451-473.

- Marvel, Kim/Epstein, Ronald/Flowers, Kristine/Beckman, Howard (1999): Soliciting the patient's agenda: Have we improved? In: JAMA: The Journal of the American Medical Association 282, 10, S. 283-287.
- Maynard, Douglas (2003): Bad news, good news. Conversational order in everyday talk and clinical setting. Chicago.
- Meibauer, Jörg (1987): Zur Form und Funktion von Echofragen. In: Rosengreen, Inger (Hg.): Sprache und Pragmatik. Lund, S. 335-356.
- Menz, Florian/Lalouschek, Johanna/Gstettner Andreas (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien.
- Neises, Mechthild (2005): Curriculum zur Vermittlung der „Psychosomatischen Frauenheilkunde“ im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Neises/Ditz/Spranz-Fogasy (Hg.), S. 10-14.
- Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart.
- Norén, Kerstin/Linell, Per (2007): Meaning potentials and the interaction between lexis and contexts: An empirical substantiation. In: Journal of Pragmatics 17, 3, S. 387-416.
- Nothdurft, Werner (1986): Schilderung von Beschwerden in ärztlichen Sprechstundengesprächen. In: Löning, Petra/Sager, Sven (Hg.): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Tübingen, S. 17-39
- Nothdurft, Werner/Reitemeier, Ulrich/Schröder, Peter (1994): Beratungsgespräche. Analyse asymmetrischer Dialoge. Tübingen.
- Nowak, Peter (2010): Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt a.M.
- Nowak, Peter (i.Vorb.): Neun Komponenten des interaktiven Handelns von Ärzt(inn)en – Ergebnisse einer Metastudie von Diskursforschungen und Stand der internationalen Forschungsdiskussion.
- Peräkylä, Anssi (2006): Communicating and responding to diagnosis. In: Heritage/Maynard (Hg.), S. 214-247.
- Pomerantz, Anita (1984): Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: Atkinson, Maxwell/Heritage, John (Hg.): Structures of social action. Studies in conversation analysis. Cambridge, S. 57-101.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme case formulations: A way of legitimizing claims. In: Human Studies 9, S. 219-30.
- Reber, Elisabeth (i.Vorb.): Affectivity in English talk-in-interaction: Exploring the phonetics-lexis interface. Univ. Diss. Potsdam.



- Reich, Ingo (2003): Frage, Antwort und Fokus. Berlin.
- Ring, Adele/Dowrick, Christopher/Humphris, Gerry/Salmon, Peter (2004): Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. In: British Medical Journal 328, 7447, S. 1057.
- Ripke, Thomas (1996): Patient und Arzt im Dialog. Stuttgart/New York.
- Rittgeroth, Yvonne (2007): Reformulierungen im aufgabenorientierten Dialog. Univ. Diss. Bielefeld. Internet: [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=983597715&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=983597715.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=983597715&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=983597715.pdf) (Stand: November 2009).
- Robinson, Jeffrey (2001): Closing medical encounters. In: Social science and medicine 53, 5, S. 639-656.
- Robinson, Jeffrey/Heritage, John (2006): Physicians' opening questions and patients' satisfaction. In: Patient Education and Counseling 60, 3, S. 279-285.
- Rost-Roth, Martina (2003). In: Fragen – Nachfragen – Echofragen. Formen und Funktionen von Interrogationen im gesprochenen Deutsch In: Linguistik Online 13, 1. Internet: [www.linguistik-online.de/13\\_01/rostRoth.html](http://www.linguistik-online.de/13_01/rostRoth.html) (Stand: November 2009).
- Rost-Roth, Martina (2006): Nachfragen. Formen und Funktionen äußerungsbezogener Interrogationen. Berlin/New York.
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel/Jefferson, Gail (1978): A simplest systematics for the organisation of turn taking in conversation. In: Schenkein, Jim (Hg.): Studies in the organization of conversational interaction. New York, S. 1-55.
- Sator, Marlene (2003): Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärztinnen-Patientinnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz. Wien.
- Schegloff, Emanuel (1979): The relevance of repair for syntax-for-conversation. In: Givon, Talmy (Hg.): Syntax and semantics 12: Discourse and syntax, S. 261-288.
- Schegloff, Emanuel (1990): On the organization of sequences as a source of „coherence“ in talk-in-interaction. In: Dorval, Bruce (Hg.): Conversational organization and its development. Norwood, S. 51-77.
- Schegloff, Emanuel (1992): Repair after next turn: The last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. In: American Journal of Sociology 97, 5, S. 1295-1345.
- Schegloff, Emanuel (1997): „Third turn repair“. In: Guy, Gregory/Feagin, Crawford/Schiffrin, Deborah/Baugh, John (Hg.): Towards a social science of language 2. Amsterdam, S. 31-41.
- Schegloff, Emanuel (2007): Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis. Cambridge.
- Selting, Margret (1995): Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonetik der Konversation. Tübingen.



- Selting, Margret (2004): Listen: Sequenzielle und prosodische Struktur einer kommunikativen Praktik – eine Untersuchung im Rahmen der Interaktionalen Linguistik. In: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 23, S. 1-46.
- Silverman, Jonathan/Kurtz, Suzanne M./Draper, Juliet (2005): Skills for communicating with patients. 2. Aufl. Oxford.
- Smith, Barry/Siebert, Dirk (2004): Ontologie und Medizin: Warum benutzen Ärzte keine Computer? Deutsches Ärzteblatt 20, 1, S. 18-20. Internet: [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40962](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40962) (Stand: November 2009).
- Sperber, Dan/Wilson, Deirdre (1995): Relevance: Communication and cognition. Oxford.
- Spiegel, Carmen/Spranz-Fogasy, Thomas (2001): Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker et al. (Hg.), S. 1241-1252.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1988): Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis. In: Deutsche Sprache 16, 3, S. 240-258.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2003): Alles Argumentieren, oder was? Zur Konstitution von Argumentation in Gesprächen. In: Deppermann, Arnulf/Hartung, Martin (Hg.): Argumentieren in Gesprächen. Gesprächsanalytische Studien. Tübingen, S. 27-39.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises/Ditz/Spranz-Fogasy (Hg.), S. 17-47.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2006): Argumentation als alltagsweltliche Kommunikationsideologie. In: Deutsche Sprache 33, 2, S. 141-156.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Deppermann, Arnulf (2001): Teilnehmende Beobachtung in der Gesprächsanalyse. In: Brinker et al. (Hg.), S. 1007-1013.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Lindtner, Heide (2009): ham se n unfall gehabt? Fragen und Verstehen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Felder, Ekkehard/Müller, Marcus (Hg.): Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks 'Sprache und Wissen'. Berlin/New York, S. 141-170.
- Spranz-Fogasy, Thomas/Fleischmann, Thomas/Hofer, Manfred/Pikowsky, Birgit (1993): *nein – doch – nein – doch – nein – doch*. Negative Reaktionszyklen in Konfliktgesprächen. Quantitative und qualitative Sequenzanalysen. In: Deutsche Sprache 21, 1, S. 63-79.
- Stewart, Moira (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. In: Canadian Medical Association Journal 9, 152, S. 1423-1433.
- Stivers, Tanya (2006): Treatment decisions: Negotiations between doctors and patients in acute care encounters. In: Heritage/Maynard (Hg.), S. 279-312.
- Stivers, Tanya (2007): Prescribing under pressure: Physician-parent conversations and antibiotics. Oxford.

- Stivers, Tanya/Heritage, John (2001): Breaking the sequential mold: Answering „more than the question“ during comprehensive history taking. In: *Text* 21, 1, S. 151-185.
- Stivers, Tanya/Robinson, Jeffrey (2006): A preference for progressivity in interaction. In: *Language in Society* 35, S. 367–392.
- Wahrig, Gerhard (1994): *Deutsches Wörterbuch*. Neuausg. Gütersloh.
- Watzlawick, Paul/Beavin, Jane/Jackson, Don (1980): *Menschliche Kommunikation. Formen, Strategien, Paradoxien*. Bern.
- West, Candace (2006): Coordinating closings in primary care visits: Producing continuity of care. In: Heritage/Maynard (Hg), S. 379-415.
- White, Jocelyn/Rosson, Connie/Christensen, John/Hart, Rosemary/Levinson, Wendy (1997): Wrapping things up: A qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. In: *Patient Education and Counseling* 30, 2, S. 155-165.
- Zimmermann, Christa/Del Piccolo, Lidia/Finset, Arnstein (2007): Cues and concerns by patients in medical consultations. A literature review. In: *Psychological Bulletin* 133, S. 438-463.